

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

61

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 29 Novembre 1906, à 1 heure

PAR

Armand BARDINON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

VERSION PAR MANŒUVRES INTERNES

SANS EXTRACTION

~~~~~

*Président : M. BUDIN, professeur*

*Juges* { MM. POZZI, professeur  
DEMELIN, agrégé  
BRINDEAU, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**BONVALOT-JOUE**

15, RUE RACINE, 15

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen</b> .....                                                 | M. DEBOVE     |
| <b>Professeurs</b> .....                                           | MM.           |
| Anatomie.....                                                      | POIRIER       |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET    |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL        |
| Chimie organique et Chimie générale.....                           | GAUTIER       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | BRISSAUD      |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | SEGOND        |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET       |
| Hygiène.....                                                       | GILBERT       |
| Médecine légale.....                                               | CHANTEMESSE   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | THOINOT       |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | DEJERINE      |
|                                                                    | ROGER         |
| Clinique médicale.....                                             | HAYEM         |
|                                                                    | DIEULAFOY     |
|                                                                    | DEBOVE        |
|                                                                    | LANDOUZY      |
|                                                                    | GRANCHER      |
| Maladies des enfants.....                                          | JOFFROY       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | GAUCHER       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND       |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | LE DENTU      |
| Clinique chirurgicale.....                                         | TERRIER       |
|                                                                    | BERGER        |
|                                                                    | RECLUS        |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | ALBARRAN      |
| Clinique d'accouchements.....                                      | BUDIN         |
|                                                                    | PINARD        |
| Clinique gynécologique.....                                        | POZZI         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | KIRMISSON     |
| Clinique thérapeutique.....                                        | ALBERT ROBIN  |

## Agrégés en exercice.

|               |           |           |                   |
|---------------|-----------|-----------|-------------------|
| MM.           |           |           |                   |
| AUVRAY        | DESGREZ   | LAUNOIS   | POTOCKI           |
| BALTHAZARD    | DUPRE     | LEGRY     | PROUST            |
| BRANCA        | DUVAL     | LEGUEU    | RENON             |
| BEZANÇON      | FAURE     | LEPAGE    | RICHAUD           |
| BRINDEAU      | GOSSET    | MACAIGNE  | RIEFFEL, chef     |
| BROCA (ANDRÉ) | GOUGET    | MAILLARD  | des travaux anat. |
| CARNOT        | GUIART    | MARION    | TEISSIER          |
| CLAUDE        | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX         |
| CUNEO         | LABBE     | MERY      | VAQUEZ            |
| DEMELIN       | LANGLOIS  | MORESTIN  | WALLICH           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale de la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*que nous remercions du grand honneur qu'il nous a fait  
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

*auquel nous devons le meilleur de ce que nous savons en  
obstétrique.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

Professeur agrégé

Accoucheur des Hôpitaux

*qui nous a suggéré l'idée de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Ancien interne des Hôpitaux

Membre adjoint de la Société anatomique

*que nous remercions des observations qu'il a eu l'obli-  
geance de nous communiquer.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

Médecin des Hôpitaux  
(1902)

MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

Professeur agrégé  
Chirurgien des Hôpitaux  
(1902)

MONSIEUR LE DOCTEUR HIRTZ

Médecin des Hôpitaux  
(1903)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

Médecin des Hôpitaux  
(1904)

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

Professeur agrégé  
Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière  
(1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades  
(1905)

MONSIEUR LE DOCTEUR SAPELIER

Ancien chef de Clinique  
Médecin de l'Hôpital départemental de la Seine  
(Internat 1905-1906)

*que nous remercions pour ses bons conseils et l'initiative  
qu'il nous laissa dans son service.*

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

# Version par Manœuvres internes sans Extraction

---

## INTRODUCTION

Si l'on ouvre les *Traité d'obstétrique classiques* actuels, à l'article « Version » quelle définition trouve-t-on de cette opération ?

Dans le tome IV du *Traité des accouchements*, M. Maygrier (1) dit : « La version pelvienne ou podalique a pour but de transformer la présentation préexistante en une présentation du siège et de permettre l'extraction immédiate.

« Quelques auteurs, Wigand en particulier, ont conseillé de se borner à amener le siège dans l'excavation et à laisser l'accouchement se terminer seul. Mais il n'y a que des avantages à extraire le siège sans

---

1. Tarnier-Budin, t. IV, p. 335.

attendre : la version étant justement entreprise dans le cas où la terminaison rapide de l'accouchement est nécessaire dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant. »

Cependant dans l'article « Version » du *Dictionnaire Dechambre*, M. Maygrier constate, sans y insister, que dans certains cas rares, après avoir fait évoluer l'enfant, on peut ne pas en faire l'extraction immédiate.

Dans le *Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement* de MM. Budin et Demelin, on trouve bien en tête du chapitre « Version » : « Toute version (1) est une opération qui a pour but d'éloigner du détroit supérieur la région fœtale qui tend à s'y engager, afin de lui substituer une autre présentation » ; mais un peu plus loin au *Manuel opératoire* de la version par manœuvres internes, on trouve ceci : « La version comprend trois temps : 1° l'introduction de la main et la saisie des pieds ; 2° l'évolution du fœtus ; 3° l'extraction. »

Dans la dernière édition de leur *Précis d'Obstétrique*, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage s'expriment ainsi (2) : « La version podalique par manœuvres internes ne devrait logiquement comprendre que deux temps : premier temps, introduction de la main dans les organes génitaux, recherche et saisie de un ou des deux pieds ; deuxième temps, évolu-

---

1. Budin-Demelin, p. 1024-1027.

2. Ribemont, Lepage, p. 1062.

tion du fœtus. Lorsqu'en effet le siège du fœtus est ramené en bas au niveau du détroit supérieur, la version est terminée ; toutefois l'usage a prévalu en France de comprendre dans le manuel opératoire de la version un troisième temps : l'extraction du fœtus. Il est rare, en effet, que l'accoucheur se contente de ramener le siège en bas et laisser l'expulsion du fœtus se terminer seule : le plus habituellement il termine l'accouchement en faisant de suite l'extraction du fœtus. »

Il n'y a donc pas de doute à cet égard, d'après l'enseignement classique la version comprend l'évolution et l'extraction de l'enfant : le mot version étant devenu dans le langage obstétrical courant synonyme de version podalique par manœuvres internes. En a-t-il toujours été ainsi ?

On sait que la version podalique était connue sous Hippocrate : Celse la pratiquait dans les cas, et dans ceux-là seulement, de fœtus morts. Puis Soranus d'Ephèse (comme l'a démontré le professeur Hergott) la recommande le premier, pour extraction d'enfants vivants. Cœlius l'emploie également, concurremment avec l'ambryulcie, ou morcellement fœtal à l'aide de crochets. La doctrine de Soranus tombe dans l'oubli et Galien préconise la version céphalique.

Longtemps les médecins abandonnèrent la version aux sages-femmes et aux matrones.

En 1513, Roesslin, chirurgien à Worms, puis en 1554, Rueff, chirurgien à Zurich, la relèvent en

faisant quelques études anatomiques sur la parturiente.

Ambroise Paré (1510-1520) remet, aidé de son élève Guilleméau, la version podalique en honneur : ils en précisent les règles et les indications. Mauriceau (1) en est très partisan, il s'élève vivement contre la version céphalique recommandée, dit-il, par « les auteurs qui ont écrit les accouchements sans les avoir jamais pratiqués. Pour moi, je suis en cela d'un sentiment tout contraire au leur et je crois que ceux qui se connaissent en l'art seront assurément de mon avis, qui est que toutes les fois que l'enfant se présente en mauvaise posture, par telle partie du corps que ce puisse être, depuis les épaules jusqu'aux pieds ; il est plus sûr et c'est plutôt fait de tirer par les pieds, les allant chercher, s'ils ne se rencontrent pas, que de s'amuser à essayer de le mettre en la figure naturelle, lui amenant la tête la première ».

Mais il conseille l'extraction immédiate et cela également dans les cas de placenta prævia, « car les grands efforts qu'il convient souvent de faire pour retourner un enfant dans la matrice (ce qui est un peu plus difficile que de retourner une omelette dans la poêle), débilitent tant la mère et l'enfant, qu'il ne leur reste plus assez de force pour commettre ensuite l'opération à l'œuvre de la nature ; et la femme n'a plus pour l'ordinaire, après avoir été ainsi

---

1. Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grossés et de celles qui sont accouchées*, t. II, ch. XXI.

travaillée, les épreintes et les douleurs nécessaires à l'accouchement, pour lequel sujet il serait fort long et très difficile ; comme aussi l'enfant qui est très faible pour lors, finirait assurément au passage sans en pouvoir sortir. C'est pourquoi il vaut mieux en ces rencontres le tirer aussitôt par les pieds ».

Et cependant dans le chapitre XXIII *De l'accouchement où l'enfant présente l'épaule, le dos ou le cul*, le même Mauriceau dit ces mots qui sont la justification de notre travail : « Et j'ai même remarqué qu'il y a souvent moins de danger à laisser venir les enfants en cette posture (le cul devant) que d'en précipiter l'extraction devant que le passage ait été suffisamment préparé et dilaté ; car la voye n'étant pas faite, la tête de l'enfant restant pour ce sujet plus longtemps arrêtée au passage après que le corps en est sorti avec beaucoup de peine, il court plus grand risque d'y être suffoqué, que lorsque cette voye a été dilatée par le cul de l'enfant qui s'est présenté le premier. »

Nous n'avons pas à voir ici les luttes épiques soutenues dans le courant du XVIII<sup>e</sup> siècle par les partisans de la version et les partisans du forceps ; luttes compliquées par l'apparition de la symphyséotomie avec Jean-René Sigault (1777) et Camper, et le perfectionnement du manuel opératoire de la césarienne préconisé par Lanverjat. Ce qui nous intéresse plus c'est de voir à la même époque Smellie, Leroux et Deleurge préconiser dans les cas de

placenta prævia la version par manœuvres internes, suivie d'*expulsion qui est confiée à la nature*.

Leroux (1) de Dijon, le père du tampon vaginal, s'exprime ainsi : « Il ne faut pas se hâter de tirer l'enfant après l'avoir retourné ; il faut seulement, lorsqu'on a saisi un ou les deux pieds, s'en servir pour amener les fesses sur l'orifice utérin, et lorsqu'elles y seront parvenues, abandonner l'accouchement à la nature, ou l'aider que très faiblement. La présence des fesses sur l'orifice de la matrice faisant l'office de tampon, le bouchera hermétiquement et s'opposera par ce moyen à l'écoulement du sang. »

Baudelocque montra un des premiers les difficultés qu'on pouvait avoir à faire une version par suite de la contraction d'une bande musculaire qu'il localisa à l'orifice interne.

En 1853, Cazeaux (2), dans son *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, décrit trois temps à la version podalique : introduction de la main ; évolution du fœtus ; extraction du fœtus. Et cependant il dit : « Lorsque la version a été nécessitée par une position défavorable et que par l'évolution pelvienne on a placé le fœtus dans une position naturelle, on confie le reste du travail à la nature, si toutefois l'énergie et la fréquence des douleurs permettent d'espérer une prompte délivrance. Mais

---

1. Leroux. *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches*. Dijon, 1776.

2. Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, p. 848, 4<sup>e</sup> édition.

si les contractions sont faibles ou lentes, ou bien si la gravité des accidents met en danger la vie de la mère ou de l'enfant, il faut continuer les tractions en engageant la femme à les aider de toutes les forces qui lui restent. »

En 1867, Joulin (1) dans son *Traité complet d'accouchements* dit au chapitre de la version : « La manœuvre de la version a été divisée en trois temps : 1<sup>o</sup> introduction de la main ; 2<sup>o</sup> évolution du fœtus ; 3<sup>o</sup> extraction. Ce dernier temps peut manquer lorsque l'opération a simplement pour but de remédier à une présentation vicieuse. Lorsque la version a mis l'extrémité pelvienne de l'enfant en rapport avec le détroit supérieur, on confie son expulsion à la nature », et un peu plus loin, à propos de la version dans les présentations de l'épaule, le même auteur écrit : « La présentation de l'épaule est essentiellement dystocique ; il faut donc y remédier par la version aussitôt que cela est possible. Seulement à moins d'accident qui nécessite une extraction rapide, on se contente de ramener le siège au détroit supérieur et on abandonne le reste du travail à la nature. »

On sait que la magistrale description de Braxton-Hicks sur la version par manœuvres mixtes date de 1864. Or, cet auteur avait eu deux précurseurs en d'Outrepont et Busch. En effet, en 1817 d'Outrepont conseillait le premier la version par manœu-

---

1. Joulin. *Traité complet d'accouchements*, p. 1012-1018.

vres mixtes, au dire de Busch ; car ni le professeur Hergott (1), ni le professeur Auvard, qui l'ont recherché, n'ont pu retrouver le texte de d'Outrepont.

Par contre, Busch (2), en 1843, conseille l'introduction d'une main dans l'utérus pour aller saisir la tête ou les pieds pendant que l'autre main à travers la paroi abdominale aide l'évolution fœtale : il ne fait pas l'extraction extemporanée.

Braxton-Hicks précise ensuite le manuel opératoire de la version qui porte son nom et que Barnes appellera version bi-polaire ; il conseille de n'introduire que deux doigts dans l'utérus. Nous n'insisterons pas sur ce point qui sort de notre sujet. Cependant Braxton-Hicks (3) dit lui-même : « Après avoir fait placer la parturiente dans la position obstétricale et avoir lubrifié ma main, je l'introduis dans le vagin aussi loin qu'il est nécessaire pour pénétrer de la longueur d'un doigt dans ce col, *quelquefois il faut mettre toute la main*, d'autres fois trois ou quatre doigts suffisent. »

Dans le *Traité pratique de l'art des accouchements* de Nœgelé et Grenser de 1869 on trouve au début de l'article « Version » (4) : « On appelle version, l'opération par laquelle la présentation du fœtus est

---

1. Hergott. *In Nouv. Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 152.

2. Busch. *Handbuch der Geburtskunde*, 1843, t. IV, p. 523.

3. Braxton-Hicks. *London obstetrical Transactions*, 1844, p. 423.

4. Nœgelé et Grenser, p. 238.

changée selon certaines règles de l'art, dans le but, soit de rendre possible, ou tout au moins de faciliter l'expulsion spontanée, soit de préparer l'accouchement artificiel quand celui-ci est indiqué ; mais ne peut être exécuté tant que le fœtus reste dans la situation primitive. » Et plus loin : « On peut distinguer deux temps dans l'opération de la version : 1° l'introduction de la main dans la matrice, jusqu'aux pieds ; 2° saisie des pieds et version du fœtus en le faisant descendre. »

Pour ces auteurs l'extraction ne fait pas partie de la version et ne s'impose que dans certains cas où « un accident grave nécessite l'extraction rapide du fœtus ».

Nous avons cité assez d'auteurs pour démontrer que les avis ont souvent différé sur ce que l'on devait entendre par version par manœuvres internes. Quoiqu'il en soit, nous l'avons dit au début de ce préambule et nous y revenons à dessein, la version par manœuvres internes, telle que l'entendent les maîtres actuels de l'obstétrique française, comprend trois temps : l'introduction de la main et la saisie des pieds, l'évolution, l'extraction du fœtus. Certains faits cliniques que nous avons pu observer pendant notre stage à la Maternité de Lariboisière, dans le service de notre maître M. le Dr Bonnaire et un article récent de M. le Dr Demelin, paru dans *l'Obstétrique* en septembre 1905, nous ont donné l'idée de ce travail.

Nous ne pensons nullement, cela va de soi, nous

élever contre la conception classique de la version. Nous nous proposons simplement de rechercher, si, dans *certains cas déterminés*, il n'y aurait pas intérêt pour l'enfant et surtout pour la mère à *supprimer le troisième temps de la version*, c'est-à-dire, l'extraction : dans les cas où, suivant le mot de Mauriceau, à propos de la version céphalique par manœuvres internes, l'on risque « de crever la mère et l'enfant et qu'on se met en danger de les faire mourir tous deux dans l'opération ».

## De quelques grosses difficultés du troisième temps de la version podalique

---

Pour étudier les difficultés du troisième temps de la version podalique, nous avons consulté avec fruit l'intéressante thèse du Dr Guérin-Valmale de Montpellier, entièrement consacrée aux difficultés de la version podalique. En ce qui concerne le troisième temps, cet auteur commence par un chapitre sur la brièveté du cordon qui sort de notre sujet.

La deuxième grosse difficulté que rencontre le praticien c'est l'extraction du siège. « Le siège (1) peut être arrêté au cours de son extraction à des niveaux divers dans les voies génitales : dans l'utérus, par une contraction de l'anneau de Bandl, au col, par un spasme ou une tumeur ; au détroit supérieur, par un accrochement des fesses à la symphyse ; dans le vagin, par une insuffisance quelconque du calibre de celui-ci et enfin à la vulve, par un manque d'ampleur et d'élasticité. » Et après avoir montré que seule la

---

1. Guérin-Valmale. *Des difficultés de la version podalique*. Thèse de Montpellier, 1897, p. 164.

saisie du mauvais pied est spéciale à l'extraction du siège, M. Guérin-Valmale ajoute : « Les autres causes (celles que nous venons de citer) sont à peu près communes à l'extraction de chacun des trois segments de fœtus. »

### *1° Dystocie due à l'anneau de Bandl*

Il est classique de dire que l'accouchement par le siège est un accouchement de trois pôles successifs, dont le plus volumineux est le dernier : la tête. Or ce qui constituera un obstacle sérieux pour le passage du siège, le sera davantage pour les épaules et encore beaucoup plus pour la tête plus grosse et moins accommodable que le siège. Aussi, « en pareil cas, dit M. Guérin-Valmale, la cuisse saisie dans un anneau rigide, contracté, ne peut entraîner à la suite le siège dont le volume est trop grand pour passer. Les choses restent en l'état et toutes les contractions possibles n'aboutissent à rien jusqu'au moment où le spasme cessant, l'obstacle s'évanouit brusquement et l'extraction reprend son cours (obs. de Bourrus et Lefour). Tel est le cas le plus favorable. Parfois le spasme ne cesse pas, l'utérus écoule son liquide et au tétanisme succède la rétraction ; la version devient impossible, l'embryotomie s'impose. Enfin dans quelques cas malheureux, les tractions sont exercées si violemment que quelque chose doit céder. Tantôt c'est le col de l'utérus qui se déchire,

compromettant ainsi la vie de la mère et ne pouvant généralement pas sauver l'enfant déjà tué par le spasme utérin, tantôt au contraire c'est le membre de l'enfant qui s'arrache, laissant les choses dans un état plus compliqué encore et nécessitant une grave intervention. »

Tout ceci, vrai pour le siège, l'est donc encore beaucoup plus pour l'extraction de la tête dernière ; mais avant celle-ci les épaules peuvent être appelées à franchir les mêmes obstacles. Or la descente des épaules peut encore, en plus, être compliquée par le relèvement des bras qui est presque la règle dans le troisième temps, le plus normal de la version. En effet tous les livres enseignent qu'il ne faut pas se hâter de tirer sur un siège, mais le laisser se dégager spontanément jusqu'aux épaules, de façon à ne pas se créer une complication : le relèvement des bras. Complication bénigne dans certains cas, très grave dans d'autres, surtout quand les bras sont relevés en arrière. Or, dans la version, puisqu'on tire le fœtus d'un bout à l'autre de l'utérus pour l'extraire, on doit presque fatalement avoir les bras relevés (1), surtout si l'on exerce les tractions dans l'intervalle de deux contractions. « Nulle puissance (2), dit M<sup>me</sup> Lachapelle, en pareil cas, ne pousse les bras au dehors, rien ne les applique sur le tronc ; celui-ci descend et les bras retenus par le

---

1. Voir observation, X, p. 64.

2. Lachapelle. *Pratique des accouchements*, p. 1825.

frottement restent au-dessus de l'excavation, la tête descend entre eux plutôt qu'ils ne s'élèvent sur les parties latérales. » Joulin, Barnes, Hubert de Louvain insistent tous sur les tractions dans l'intervalle des contractions : manœuvre qui ne doit pas être exécutée et qui souvent l'est en pratique.

Détail curieux, Ambroise Paré, rénovateur de la version podalique, avait bien remarqué la rétraction du col utérin sur le cou, rétraction dont nous allons parler. Par crainte de voir la tête dernière retenue, il préconisait le relèvement d'un bras le long de la tête à seule fin d'en écarter le col. Guilleméau conseillait la même manœuvre ; Deventer (1739), de la Motte (1745), Puzos (1759), Levret (1766) vont plus loin et conseillent même le relèvement des deux bras pour lutter contre la rétraction du col.

Les difficultés que l'on rencontre dans l'extraction de la tête dernière sont dues à différentes causes. Les unes relèvent d'un vice dans le mécanisme de l'acouchement de cette tête dernière (déflexion, rotation incomplète ou rotation en arrière) : nous les laisserons systématiquement de côté. Les autres sont dues à des conditions spéciales des parties molles : tumeurs, que nous négligerons également, contracture utérine, résistance de la vulve et du périnée. Ces dernières causes et surtout la contracture et la rétraction utérines vont retenir toute notre attention.

Contracture et rétraction ne sont en effet nullement synonymes comme on le croit trop souvent.

*La contracture* est l'état de l'utérus, vide ou plein, dont les fibres contractiles sont tétanisées : c'est une contraction exagérée en durée et en intensité, mais susceptible de cesser rapidement.

*La rétraction utérine* est le résultat de la rétractilité des fibres musculaires utérines : l'utérus vidé de son contenu revient sur lui-même sans avoir besoin pour cela d'une seule contraction.

Quelles sont donc les causes de contracture ? La tétanisation de l'utérus peut être produite lentement ou en temps très court : tout dépend de l'excitation provocatrice. Les chagrins, les émotions, le refroidissement des pieds et, par-dessus tout, un nervosisme exagéré seront les causes prédisposantes. Les causes déterminantes peuvent se diviser en deux catégories : les accidentelles, les médicamenteuses.

Dans le premier groupe nous ferons entrer tout ce qui peut provoquer incidemment la mise en jeu de l'irritabilité utérine : « Touchers (1) trop fréquents et maladroits, titillation du col utérin, *rupture prématurée de la poche des eaux*, tentatives de manœuvres inhabiles sont des causes fréquentes d'irritation de l'utérus qui y répond par des contractions énergiques aboutissant fatalement à la contracture. Les obstacles mécaniques à l'accouchement, rétrécissements pelviens, *présentations vicieuses*, agissent à peu près de même. »

Les médicaments excitants de la contraction uté-

---

1. Guérin-Valmale, *loc. cit.*, p. 58.

rine peuvent être très dangereux et parmi ceux-là en particulier l'ergot de seigle. Heureusement on ne prescrit plus maintenant ce médicament à tort et à travers.

L'utérus tétanisé est dur, tendu, rigide, indépendamment de la volonté de la femme, douloureux au moindre contact : le spasme est dans ce cas généralisé.

La tétanisation, étant, comme nous venons de le voir, indépendante du contenu utérin, peut exister avant l'ouverture de l'œuf aussi bien qu'après l'évacuation de tout le liquide amniotique : dans le premier cas l'utérus est globuleux, régulier ; dans le second il se moule sur les parties fœtales et peut devenir simplement rétracté, comparable en cela à une bande élastique qu'on allonge et qui revient sur elle-même dès qu'elle est libre.

Le spasme sera quelquefois susceptible de ne porter que sur certains points : il pourra être localisé au col (rigidité spasmodique du col), à l'anneau de Bandl, sur un faisceau quelconque de l'utérus (utérus en tablier, Hourglass). On a discuté la possibilité de ces contractures isolées, on les a même mises en doute. Dans une communication très intéressante faite à la *Société d'Obstétrique* le 21 décembre 1899, M. le professeur Veit, de Leyde, disait (1) : « Il y a distocie quand tout l'utérus est contracté et l'anneau de Bandl saillant. La version est impossible même si on a amené un pied au dehors. C'est la disparition

---

1. Veit. *Soc. d'Obst. de Paris*, 21 décembre 1899.

des contractions qui permettra tôt ou tard de terminer l'accouchement... A mon avis les contractions isolées de l'anneau de Bandl n'existent pas, elles sont accompagnées toujours d'une contraction utérine plus ou moins complète. »

A cela, M. le professeur Budin répondait dans la séance de la même *Société du 18 janvier 1900* : « La rétraction persistante de l'anneau de Bandl peut-elle exister avec des parois utérines molles au-dessus ? Cela ne me paraissait pas douteux, je croyais en avoir observé des faits très nets après l'accouchement, au moment de la délivrance. Ces faits étaient d'accord avec les observations de Jacquemier et d'autres auteurs. » (1). Or, comme en France, il est de règle de ne faire le premier et le deuxième temps de la version que dans l'intervalle des contractions, si nous parlons de rétraction persistante de l'anneau de Bandl, mettant obstacle à l'accomplissement de ce premier et de ce deuxième temps, c'est que les parois musculaires de l'utérus étaient simultanément en état de relâchement ».

D'ailleurs comme confirmation à cette opinion de M. le professeur Budin, M. le professeur agrégé Demelin (2), dont l'autorité sur cette question est incontestable de par les nombreux travaux qu'il a consacrés à l'étude du segment inférieur et de l'anneau de Bandl, disait : « Je crois, pour ma part, que

---

1. Budin, *Soc. d'Obst. de Paris*, 18 janvier 1900.

2. Demelin, *Bulletin de la Soc. d'Obst.* Paris, 1900, p. 39.

l'opinion de M. Veit se rapporte à la généralité des faits, mais qu'il existe des exceptions ainsi que l'a dit M. Budin . »

« En effet, toute la région de l'utérus (écrivais-je en janvier 1898), qui se trouve au-dessus de l'anneau de Bandl est rétractée, étroitement appliquée sur le fœtus » et, « au palper, les régions supérieures de l'utérus sont dures, tendues, appliquées sur le corps fœtal... » « D'autre part à la Société d'Obstétrique de Paris le 13 juillet 1898, je rapportais une observation comparable, à mon sens, à un fait exposé dans la même séance par M. Brindeau. »

Ces deux cas me paraissaient semblables en ce que de part et d'autre nous avions eu affaire à *un anneau rétracté avec un corps utérin plus relâché au-dessus.....* M. Budin vient sans doute d'exprimer l'exacte vérité en disant qu'il n'y a là en somme qu'une question de degré. C'est la même idée que je traduais dans le mémoire rappelé plus haut (janvier 1898) dans les termes suivants : « L'anneau de Bandl est plus resserré que le reste : sa rétractilité peut se satisfaire davantage parce qu'il se trouve en rapport avec une région fœtale moins volumineuse (avec le cou par exemple). »

Ces cas de contracture de l'utérus généralisée ou localisée sont très dystociques, mais leur pronostic, et nous y reviendrons plus tard, est amélioré par ce fait que la contracture est un spasme capable certes de durer un certain temps, mais susceptible aussi, comme le montrent de nombreuses observa-

tions de la thèse très documentée du D<sup>r</sup> Chéron, de cesser brusquement.

Il n'en est plus de même quand le liquide amniotique s'étant écoulé *la rétraction utérine* va succéder au spasme ; celle-ci est causée uniquement par la diminution de volume de l'utérus qui, au fur et à mesure de l'écoulement du liquide amniotique revient sur lui-même, se rétracte et se moule sur le fœtus. Le premier et le deuxième temps de la version seront alors très dangereux : l'utérus s'étant laissé distendre à la longue, est revenu vivement sur lui-même dès qu'il a pu le faire, et, si l'on veut maintenant le forcer à se distendre de nouveau et subitement on est à peu près sûr de le faire éclater.

Nous examinerons un peu plus loin quelles sont les causes favorisant la contraction et la rétraction utérines.

Nous avons vu le rôle joué parfois par l'anneau de Bandl, mais nous savons aussi que parfois la contracture peut ne porter que sur le col. Nous allons maintenant étudier dans quels cas le col peut être un gros obstacle à l'extraction de l'enfant.

## *2° Dystocie due à l'insuffisance de la dilatation du col.*

Il est entendu, nous l'avons vu, que pour faire la version il faut que le col soit à la dilatation complète, ou *facilement dilatable*. Il est probable que les accidents de la version dus au col proviennent de cette

addition « *facilement dilatable* ». D'une part c'est parce que le col semble facilement dilatable que beaucoup de praticiens trop pressés interviennent avant que le travail normal ait eu le temps de compléter la dilatation. Ou bien, dans un état de souffrance de la mère ou de l'enfant, il y a des « heures de nécessité pour la version » où on est forcé d'intervenir avec un col non complètement dilaté. Enfin malgré de bonnes contractions utérines, le col reste petit : on dit qu'il y a rigidité du col.

Nous n'avons pas à exposer au long, ici, les différentes variétés de rigidité du col : une seule nous intéresse, c'est la *rigidité spasmodique*, constituée par une contracture des fibres musculaires du col utérin. Les causes en sont nombreuses : primiparité, éréthisme nerveux, *touchers trop fréquents*, tentatives de dilatation, en somme tout ce qui peut exciter la contractilité utérine.

Deux grandes causes surtout, nous l'avons vu, dominant cette étiologie : l'administration intempestive d'ergot de seigle et la *rupture prématurée des membranes*. Cette rupture prématurée peut être spontanée dans les présentations vicieuses, dont l'épaule est le type le plus fréquent, ou provoquée par le praticien trop pressé, dont nous parlions plus haut. Dans les deux cas (1) « tout à coup la poche des eaux est rompue, et dès lors le col se rétracte, l'orifice se referme et les mains de l'accoucheur, qui

---

1. Guérin-Valmale, *loc. cit.*, p. 37.

tout à l'heure avaient trouvé une large dilatation, ne rencontrent plus maintenant qu'une surface lisse, tendue, étroitement appliquée sur la partie fœtale : c'est le col dont l'orifice plus ou moins étroit est limité par un bord mince tranchant et dur ; il « semble qu'il y ait là un fil métallique qui circonscrive l'orifice ».

Nous savons qu'il peut exister des spasmes isolés du col, comme il y en a de l'anneau de Bandl. La main de l'opérateur est dans l'utérus, l'avant-bras peut être un peu serré par le col, mais on n'y prend garde tout d'abord et l'on pratique l'extraction du fœtus qui semble devoir être aisée. « L'enfant (1) descend dans la filière pelvi-génitale, le siège est sorti de l'utérus, les épaules mêmes sont passées avec les bras, lorsque, brusquement, la descente s'arrête. Un doigt explorateur remonte jusqu'au col et trouve celui-ci resserré, rétracté, contracturé autour du cou de l'enfant, retenant dans l'utérus la tête dont le volume empêche l'issue à travers le collier qui entoure le cou. »

Mais, où nous nous séparons tout à fait de M. Guérin-Valmale c'est quand il dit (2) : « Si, au contraire, l'intervention très rapide s'impose, il ne reste qu'un moyen : l'introduction forcée de la main à travers l'orifice utérin : *la dilatation nécessaire à l'extraction sera faite ensuite de dedans en dehors par le passage de l'enfant lui-même.* » Or, d'accord en cela avec notre maître, M. le Dr Bonnaire, que nous

---

1. Guérin-Valmale, *loc. cit.*, p. 711.

2. Guérin-Valmale, *loc. cit.*, p. 38.

avons entendu s'élever souvent, dans ce cas, contre l'extraction extemporanée du fœtus et d'accord aussi avec M. le Dr Demelin dont nous reproduirons quelques passages, nous pensons que beaucoup de déchirures du col et du segment inférieur avec mort possible de la femme, sans pour cela sauver l'enfant (voir obs. II, p. 51, III, p. 52, IX, p. 62, XI, p. 66), proviennent de ce que l'on veut extraire de force un fœtus dont le siège et les épaules passent souvent assez facilement, mais dont la tête dernière reste au-dessus du col qu'on abaisse à la vulve, qu'on force au prix d'une déchirure, mais que l'on fait céder rarement. Nous verrons que cette dilatation peut se faire en effet de dedans en dehors, mais lentement, par *l'expulsion spontanée du fœtus après l'abaissement d'un pied*.

Nous allons examiner plusieurs cas dans lesquels on peut être forcé d'intervenir alors qu'il y aura de la contracture de l'anneau de Bandl, ou un col insuffisamment dilaté.

Nous essaierons de démontrer que dans ces cas, faire la version non suivie d'extraction, semble un traitement de choix, facile à exécuter, le plus susceptible d'avoir l'enfant vivant, en tout cas le traitement présentant le minimum de danger pour la mère.

Nous laisserons de côté les versions pour bassin vicié et procidence du cordon.

Nous ne nous occuperons que *des présentations de l'épaule, du placenta prævia* et nous dirons un mot de *l'hydramnios et des grossesses gémellaires*.

## De la version dans les présentations de l'épaule

---

Nous voulons parler surtout des présentations de l'épaule dues à la multiparité ou à un léger rétrécissement du bassin, de celles où le bassin ne peut être un obstacle à l'extraction ou *mieux à la sortie du fœtus*.

Dans la présentation de l'épaule les meilleures conditions sont réalisées pour que la rupture prématurée des membranes se produise avec toutes ses conséquences : contracture utérine, totale ou partielle, rétraction utérine, spasme de l'anneau de Bandl ou du col. Il y a souvent dans ces cas : contractions irrégulières, répétées et souvent exagérées parce qu'inefficaces à cause de la présentation transversale, de touchers très fréquents de la part de sages-femmes ou de médecins qui n'ont pas de diagnostic ferme et sont pressés de voir un pôle s'engager. Il y a aussi comme cause de ces contractions vicieuses, les titillations du col utérin, la rupture de la poche des eaux, avec un col en voie de dilatation, soit dans un toucher maladroit au moment d'une contraction, soit à dessein « pour voir ce qu'il y a derrière », suivant le mot consacré. Notons enfin comme causes les tentatives de manœuvres inhabiles.

On conseille parfois, en pareil cas, pour terminer la dilatation du col de poser un ballon de Champetier ou de Boissard. Celui-ci pourra agir contre certaines rigidités du col ; mais on lui reproche aussi de favoriser la rétraction de l'anneau de Bandl. Il est bien rare, s'il y a peu de temps que les membranes sont rompues, que le col incomplètement dilaté soit absolument rigide. A plus forte raison, quand on assiste à une rupture prématurée des membranes avec une présentation de l'épaule, rupture qui s'accompagne souvent de procidence du cordon ou d'un membre qui nécessite une intervention immédiate, le col peut être rétracté légèrement, rarement contracturé. Dans ce cas l'anneau de Bandl n'aura pas eu le temps, lui non plus, en général, de se rétracter beaucoup, ou s'il est tétanisé, il le sera peu.

Or nous avons surtout en vue les spasmes et contractions du col de l'anneau de Bandl et nous savons que quoi-qu'en dise M. Chéron dans sa thèse, ces accidents sont possibles avec un corps utérin relâché. Aussi dans ces cas de dystocie, si le premier temps de la version est possible, le deuxième le sera également en général.

Certes on aura parfois des difficultés pour faire évoluer le fœtus, qu'il soit en sus-bandlienne ou surtout qu'il soit mi-partie dans le segment inférieur, mi-partie dans le corps. La tête surtout remontera péniblement à travers un anneau de Bandl étroit, on facilitera singulièrement cette ascension par la manœuvre du plan incliné, conseillée par M. le professeur Budin. Ces

diverses manœuvres nécessitées par l'évolution foetale suffisent dans quelques cas heureusement rares pour exagérer le spasme ou la rétraction de l'anneau de Bandl ou du col ; ces deux parties de l'utérus peuvent d'ailleurs aller de pair dans cet ordre de dystocie. Aussi dès qu'un pied est abaissé, que l'extraction du fœtus est commencée, est-on fort surpris de ne pouvoir abaisser le siège, ou de ne pouvoir le faire qu'au prix de tractions « soutenues », disent les auteurs, c'est-à-dire continues et fortes. Dans ces cas, si le siège et les épaules franchissent l'obstacle, la tête ne passe pas, l'anneau ou le col se resserrent sur le cou (1) et, comme M. le Dr Bonnaire le fait remarquer dans son enseignement clinique, plus on tire, plus l'anneau ou le col se contractent. Parfois on triomphe, alors que tout espoir semblait perdu, l'obstacle (spasme) s'évanouit et le fœtus passe. C'est ce qui s'est produit dans une curieuse observation de MM. Bourrus et Lefour, rapportée dans la thèse de M. Markowitch (2) où, après une série de manœuvres pénibles, on se demandait s'il n'allait pas falloir amputer un bras procident « quand tout à coup la descente du tronc tout entier s'opéra. La main droite, introduite aussitôt pour accrocher le maxillaire inférieur, constata que la contracture de l'anneau de Bandl avait complètement disparu ».

C'est ce qui arriva également au Dr Perret dans

---

1. Voir observation XXVI, p. 78.

2. Perret, *Société d'Obst.*, Paris, 18 janvier 1900.

une extraction difficile d'une tête dernière retenue par un anneau musculoux (1) : « Je ne savais trop comment je terminerais lorsque, sans cause apparente, je sentis que l'obstacle céda et une traction modérée suffit à opérer le dégagement. »

Parfois l'on sent un déclic brusque, la tête vient, mais au milieu d'une hémorragie : on a fait une déchirure ou une rupture utérine plus ou moins grave. Enfin en opérant des tractions violentes on occasionne des déchirures du col utérin et même l'arrachement d'un membre de l'enfant.

Presque toujours dans ces cas particulièrement dystociques, l'enfant meurt et, en cas d'insuccès du forceps, ne peut être extrait qu'après une perforation de la tête dernière. Aussi sommes-nous surpris de lire dans la thèse de M. Chéron (2) : « En résumé, la dystocie causée par l'anneau de Bandl est donc relativement peu considérable au moment du troisième temps de la version. Cependant le retard apporté par l'extraction de la tête dernière retenue par la bande musculaire pourrait être fatal au fœtus. » L'enfant est très menacé, mais la mère ne l'est-elle pas aussi, si l'on veut triompher de l'obstacle par la violence ?

Dans ces cas rares, faciles à prévoir, car l'on n'a

---

1. Markowitch. *De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction*. Thèse, Paris, 1894, p. 29.

2. Chéron. *Difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl*. Th., Paris, 1899, p. 115.

pu pénétrer qu'avec peine à travers un col insuffisamment dilaté ou un anneau de Bandl contracturé ou rétracté, que convient-il de faire après avoir réussi à effectuer l'évolution du fœtus et à abaisser un pied ? « De la prudence d'abord, de la patience ensuite et avec cela l'usage des antispasmodiques, des bains émollients et le secours d'une anesthésie profonde », conseille Guérin-Valmale. Nous préconiserons de la prudence d'abord pour faire évoluer l'enfant et ensuite et *surtout de la patience*. Les plus grosses difficultés de la version, celles qui vont presque à coup sûr tuer l'enfant et compromettre la vie de la mère (danger de rupture, d'hémorragie, d'infection) résulteront de l'extraction extemporanée du fœtus et principalement de l'extraction de la tête dernière toujours plus volumineuse qu'on est tenté de le croire. Or, pourquoi vouloir à tout prix forcer l'obstacle ?

Dans l'observation de MM. Bourrus et Lefour, dans celle du Dr Perret le spasme a cédé brusquement contre toute attente, cependant c'est l'inverse qui généralement se produit : le spasme augmente en raison directe de la force qu'on lui oppose (M. Bonnaire). Mais ces observations nous intéressent : elles en confirment d'autres relatées par M. Chéron et démontrent la possibilité de la cessation de ce spasme. Donc si ce spasme ou cette rétraction peuvent céder à la force, n'est-il pas plus logique d'admettre qu'ils obéiront plus facilement à la douceur ?

Quand on a pratiqué l'abaissement d'un pied, que fait le col incomplètement dilaté et qui a tendance

même à se rétracter après la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement par le siège ? Il se dilate lentement et laisse passer le fœtus.

Pourquoi dans la présentation de l'épaule y a-t-il souvent rétraction ou spasme du col ou de l'anneau de Bandl ?

Parce qu'il y a souvent rupture prématurée de la poche des eaux et rien d'engagé. Ou bien, si c'est une épaule qui passe dans l'anneau de Bandl, l'accouchement spontané étant impossible, l'utérus redouble ses efforts pour faire progresser cette présentation vicieuse et arrive ainsi à se tétaniser. Mettons dans cet anneau de Bandl contracturé ou dans ce col rétracté un membre inférieur ; les contractions vont se régulariser, le fœtus pouvant alors descendre normalement, le spasme cessera ou le col se dilatera lentement *et l'accouchement spontané* sera possible. C'est ce qui s'est produit dans les observations (IV, p. 54 ; V, p. 55 ; VII, p. 59 ; VIII, p. 60) : les choses ont été laissées dans l'état, l'évolution faite, la sortie du fœtus s'est effectuée spontanément sans l'ombre de danger pour la mère et sans que l'enfant, lorsqu'il était vivant, fût plus menacé. Ne pourrait-on pas essayer systématiquement, dans les *les cas rares et très dystociques* que nous avons en vue, de confier le troisième temps de la version aux seules forces naturelles ? « Si le spasme ne cessait pas de lui-même, dit M. Maygrier (1), dans l'article

---

1. Maygrier. *In* Tarnier et Budin, t. IV, p. 370.

déjà cité, ce qui arrive quelquefois, il n'y aurait plus qu'à faire l'embryotomie. »

L'embryotomie est déjà une opération difficile, que tous les praticiens ne font pas couramment. Ne serait-il pas plus simple, dans beaucoup de cas, de ne pas tenter l'extraction du fœtus? Il serait d'ailleurs toujours temps de faire l'embryotomie, un peu plus tard, si, par hasard, l'utérus ne se débarrassait pas de son contenu comme dans l'observation IV que nous rapportons, où M. Tissier dut pratiquer une cranioclasie : le fœtus n'avait pas évolué. De même dans l'observation V, où M. Bonnaire eut à faire une simple brachiotomie et une extraction très facile, l'utérus étant relâché et la femme reposée ; alors que cette opération eût été quelques heures auparavant très difficile à pratiquer.

## De la version dans le placenta prævia

---

Nous n'avons pas à insister ici sur l'historique de la version dans le placenta prævia, conseillée depuis Louise Bourgeois et Guillemeau jusqu'à nos jours, en passant par Mauriceau, Puzos-Kelly, Longaher, Braxton-Hicks, Kuhne, Kaltembach, Barnes et la majorité des accoucheurs actuels. « C'est en effet une excellente méthode qui a été employée un assez grand nombre de fois à la Maternité de Saint-Antoine, dit M. Leconte (1) dans sa thèse de 1904, puisque nous relevons 22 cas de version pour placenta prævia.

Sur ces 22 cas, nous avons :

2 femmes mortes, soit 9,09 0/0 ;

20 femmes vivantes, soit 90,9 0/0 ;

Sur ces 20 femmes :

12 ont eu des suites de couches normales,  
soit 60 0/0 ;

7 ont eu des suites de couches pathologiques,  
soit 35 0/0 ;

1 a eu une *déchirure du col*, soit 5 0/0.

---

1. Leconte, *Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes*. Th., Paris, 1904, p. 44.

Pour tous les enfants, si souvent menacés, le résultat a été :

10 morts, soit 45 o/o ;

1 macéré ;

11 enfants vivants, soit 50 o/o,

dont : 2 en bon état, soit 18,1 o/o ;

6 ranimés et sortis vivants, soit 54,5 o/o ;

3 ranimés puis morts peu après, soit  
27,2 o/o. »

Voilà donc une bonne méthode au dire de l'auteur ; pourquoi ne donne-t-elle pas de meilleurs résultats ? Nous allons l'apprendre en lisant M. le Dr Demelin (1) : « Une statistique, qui ne m'est pas exclusivement personnelle, me donne 48 versions pour placenta prævia avec 8 femmes mortes, soit 16,8 o/o et 37 enfants morts ; mortalité totale égale 55,5 o/o. Quels sont donc les facteurs de gravité de la version en pareille circonstance ? »

*Ce sont, pour la mère : l'anémie aiguë, la syncope (due dans certains cas à l'évacuation trop brusque de l'organe), l'infection, les déchirures utérines.*

« Très rares sont les ruptures par éclatement du segment inférieur ; mais bien plus importantes sont les lésions de propagations dont le point de départ est au *niveau du col*, quand on a voulu faire l'extraction avant la dilatation complète et dont la conséquence la plus commune est une perte de sang qui, après celles qui viennent de l'insertion vicieuse

---

1. Demelin. *Obstétrique*, septembre 1905, p. 399.

même, donne le coup de grâce à la parturiente déjà épuisée. » (1)

*La très forte mortalité fœtale* est due à : l'asphyxie, l'hémorragie, l'infection, la débilité congénitale, le traumatisme opératoire. « Le placenta prævia, dit M. Guérin-Valmale (2), peut être, en même temps qu'une des indications de la version rapide, une de ses complications les plus redoutables. Par son siège sur la voie que doivent suivre la main de l'accoucheur et l'enfant, il est un obstacle et au premier temps et au troisième. Mais, il faut bien le dire, dans ce dernier cas, lors de l'extraction du fœtus, il est plus facile de passer outre sans grands dangers qu'au moment de l'introduction de la main. »

L'extraction est-elle donc toujours aussi facile et aussi bénigne que veut bien le dire M. Guérin-Valmale. Il est fréquent, dans le placenta prævia qui saigne, de se voir forcé d'intervenir *in utero* avant que le col ne soit complètement dilaté. Sur 48 observations relevées par lui, M. le Dr Demelin constate 31 cas où la version eut lieu avant la dilatation complète, c'est-à-dire dans 64 o/o des cas.

Le voisinage du placenta rend en effet le col souple d'ordinaire, ce qui facilite le passage de la main ; aussi l'utérus n'apporte-t-il aucun obstacle ni dans le premier temps, ni dans le deuxième temps de la version.

---

1. Demelin. *Obstétrique*, septembre 1905, p. 400.

2. Guérin-Valmale, *loc. cit.* p. 72.

En est-il de même du troisième temps ?

L'*extraction* arrête parfois l'hémorragie parce qu'elle comprime le placenta ; elle est généralement facile parce qu'il s'agit souvent d'un petit fœtus (grande fréquence des accouchements prématurés, 70 0/0 des cas).

Mais des difficultés surviennent fréquemment (1) et pour nous convaincre rapportons ce qu'écrit M. le Dr Demelin.

« L'extraction du fœtus est-elle toujours facile (2) ? Non certes ; et il arrive, qu'après l'évolution, le siège se trouve arrêté dans sa descente ; ou bien c'est la tête dernière qui ne descend pas ; on tire, on tire plus fort et on amène le col à la vulve où il devient visible ; car c'était lui qui, insuffisamment dilaté, empêchait l'extraction de se compléter ; d'autres fois, après avoir éprouvé une forte résistance, on sent que brusquement la partie fœtale, jusque-là retenue, descend et se dégage, mais trop souvent alors le col s'est déchiré et bientôt on va se trouver aux prises avec une complication des plus redoutables dans la circonstance surtout, je veux dire une hémorragie par lésion du col ou du canal cervico-segmentaire.

« Quand la tête est retenue dernière par un col mal dilaté, on est parfois amené, indépendamment de

---

1. Demelin, *loc. cit.* *Obstétrique*, septembre 1905, p. 398.

2. Voir observations : XIX, p. 75 ; XX, p. 75 ; XXI, p. 75 ; XXII, p. 76.

toute angustie pelvienne, ou de toute autre coïncidence, à employer le forceps, ou même le perforateur et les broyeurs (cranioclaste, basiotribe) si la manœuvre de Mauriceau se trouve en défaut. Ces applications d'instruments sur la tête dernière semblent assez risquées lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur.

« En résumé, ce qui domine dans les difficultés de l'extraction, c'est l'arrêt du siège ou surtout de la tête dernière au-dessus de l'orifice cervical insuffisamment dilaté au moment où la version a été entreprise. »

Or, on est souvent forcé d'intervenir plus tôt qu'on ne le voudrait quand le placenta prævia saigne. C'est ce qui avait déjà conduit Ambroise Paré et Guillemeau à préconiser l'accouchement forcé.

Cependant, Guillemeau, Mauriceau recommandent la plus grande douceur d'un bout à l'autre de l'intervention. Smellie, Leroux, Deleurye, par peur de violenter l'utérus, ne font pas l'extraction du fœtus après en avoir effectué l'évolution.

En 1894, le Dr Harris (1) de New-Jersey systématise à nouveau l'accouchement forcé et fait la dilatation progressive du col avec une seule main en seize ou vingt-deux minutes ; il pénètre dans l'utérus, fait la version et laisse à la nature le soin de terminer l'accouchement.

En 1897, notre maître, M. le Dr Bonnaire (2), publie

---

1. Harris. *Americ Journal of Obst.*, janvier 1894.

2. Bonnaire. *Presse médicale*, 14 août 1897,

dans la *Presse médicale* sa méthode de dilatation bi-manuelle du col (trop connue pour que nous y insistions), et, hanté, lui aussi, par le danger de déchirure du col utérin, il ajoute : « Si l'enfant était de gros volume, et si on conservait des doutes sur la dilatabilité complète du col utérin, on pourrait se contenter d'exécuter les deux premiers temps de la version et abandonner l'expulsion du fœtus aux seuls efforts utérins. »

Nous avons vu M. le Dr Bonnaire faire plusieurs fois la dilatation bi-manuelle du col. Nous l'avons toujours entendu insister sur la durée de l'opération (ne pas avoir peur d'y mettre quarante à cinquante minutes) ; la durée importe peu ; car le col est comme tuméfié. M. Bonnaire faisait aussi observer la nécessité absolue de ne se servir que des fléchisseurs des doigts et non des muscles des bras, aussi sommes-nous absolument convaincu de la parfaite innocuité de la méthode bi-manuelle, quand elle est appliquée suivant les règles posées par son auteur. Les accidents qu'on lui impute, à tort, croyons-nous, sont dus à la mauvaise pratique qu'on en fait : trop de force, trop de précipitation.

Nous pensons plutôt que les déchirures du col et parfois du segment inférieur observées dans certains cas de dilatation bi-manuelle sont dues à la version suivie d'extraction : c'est la tête dernière qui, passant plus ou moins défléchie et à frottements, produit les déchirures. Pour une mortalité fœtale égale, M. le Dr Demelin trouve une mortalité mater-

nelle de 5,8 o/o quand la version a été faite à la dilatation complète, spontanée et de 22,5 o/o quand la version a suivi la dilatation artificielle du col. Mais à côté de cela *il trouve 1,6 o/o de mortalité maternelle dans sa statistique personnelle de version non suivie d'extraction et 16,8 o/o dans une statistique où l'on pratique toujours l'extraction après la version.*

D'ailleurs, y a-t-il un si gros intérêt à faire l'extraction extemporanée ?

Nous avons vu que l'enfant mourait dans les trois quarts des cas. Or, l'extraction forcée, en cas de souffrance de l'enfant, constitue fréquemment, si le col est incomplètement dilaté, un traumatisme sérieux qui achève le fœtus.

D'autre part, pour la mère, il y a intérêt ( tous les auteurs sont d'accord sur ce point) à ne point vider brusquement l'utérus, d'autant plus qu'il y a souvent en pareil cas excès de liquide. M. le Dr Maygrier y insiste beaucoup avec raison dans ses *Leçons de clinique obstétricale* : l'évacuation rapide de l'utérus peut amener une syncope mortelle. Voilà donc un motif sérieux, après avoir rompu les membranes et fait évoluer l'enfant, pour laisser la cuisse placée dans le col ; elle le dilatera complètement, assurera le passage de la tête, empêchera l'écoulement de tout le liquide amniotique ; de plus le siège comprimera le placenta et favorisera l'hémostase.

L'enfant est fragile, le col et le segment inférieur ne demandent qu'à se déchirer ; aussi quelle que soit

l'opération faite, M. le Dr Maygrier dit (1) : « Procédez lentement, doucement, sans vous préoccuper de la vie de l'enfant ; car vous savez combien elle est précaire en pareil cas. Vous devez surtout avoir en vue de ne pas vider l'utérus trop vite, d'éviter par-dessus tout cette décompression brusque qui peut amener la mort dans un organisme si affaibli. »

Mais n'est-ce pas diminuer les dangers du traumatisme pour l'enfant et surtout pour la mère que d'arrêter, comme dans le Braxton-Hicks, la version après le deuxième temps ?

Après avoir fait l'opération minima nécessaire pour mener à bien l'accouchement (fréquence des présentations vicieuses dues au placenta prævia) et assurer l'hémostase, n'est-ce pas la méthode de douceur par excellence que celle qui consiste à supprimer l'extraction extemporanée, manœuvre qui ne sauvera généralement pas l'enfant et qui compromettra la vie de la mère ?

Nous avons reproduit tout à l'heure une phrase de notre maître, M. le Dr Bonnaire, abondant dans ce sens. C'est aussi l'avis de M. le Dr Demelin qui s'exprime de la façon suivante (2) : « Mais il sera prudent à mon sens de ne pas terminer l'extraction, si la dilatation obtenue ne paraît pas suffisante... Je préconise l'emploi de la version sans extraction

---

1. Maygrier. *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1893, p. 166.

2. Demelin, *loc. cit.* *Obstétrique*, septembre 1905, p. 401.

et cette manœuvre, beaucoup plus employée autrefois qu'aujourd'hui, a plusieurs avantages : elle est plus facile et plus active que la version de Braxton-Hicks...; elle écarte les dangers de déchirure cervicale ; elle permet d'éviter les applications d'instruments sur la tête dernière, toujours douteuses et toujours laborieuses quand le placenta est inséré sur le segment inférieur. »

Le D<sup>r</sup> Treub d'Amsterdam était tout aussi net quand il disait à la *Société obstétricale de France* dès 1898 (1) : « La version faite, on applique un nœud coulant au pied abaissé et on ne tire sur le coulant que quand il y a hémorragie, sinon on ne fait qu'observer. Surtout pas d'extraction forcée. C'en est qu'après la naissance spontanée du tronc, qu'on aide à la naissance des bras et de la tête. »

---

1. Treub. *Soc. obst. de France*, 1898, p. 128.

## De la version dans l'hydramnios et la grossesse gémellaire

---

Tout ce que nous venons de dire va nous permettre d'être bref, pour éviter les répétitions inutiles. Dans l'hydramnios, il n'est pas rare que l'utérus surdistendu devienne inerte après la rupture de la poche des eaux ; mais il n'est pas exceptionnel non plus que, à force de se contracter violemment, il se tétanise ; si les eaux s'écoulent au moment d'une contraction, l'utérus peut se rétracter d'une façon intense. Or tétanisme ou rétraction auront souvent leur maximum à l'anneau de Bandl. Dans ces cas, toujours faciles à diagnostiquer, soit par le palper, soit par le toucher *ou même pendant la version*, si celle-ci s'est trouvée indiquée, on apprécie très bien le spasme ou la rétraction de l'anneau de Bandl ou du col. Il sera bon, croyons-nous, dans ces circonstances, de ne pas tenter l'extraction et de laisser faire par l'utérus l'expulsion spontanée.

Voici une observation qui nous montrera parfaitement l'avantage qu'on aura à ne pas pratiquer l'extraction lorsqu'on rencontrera, au cours de la version, du tétanisme ou de la rétraction de l'anneau de Bandl :

## OBSERVATION I (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Budin par  
M. le Dr Devraigne, moniteur du service).

*Hydramnios*. — Présentation de l'épaule en dorso-antérieure. — Enfant mort. — A la dilatation complète rupture artificielle des membranes. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Abaissement du pied gauche à la vulve. — Expulsion spontanée d'un fœtus pesant 2.850 grammes.

M<sup>me</sup> Q... (n° 504), âgée de trente-deux ans. III-pare. Entre à la clinique Tarnier dans la matinée du 26 avril 1906. Elle vient de l'hôpital Lariboisière, où elle était allée consulter trois jours auparavant, le 23 avril : ne sentant plus remuer son enfant depuis sept ou huit jours. Vue le 24 à la consultation de la clinique Tarnier, on lui confirma le diagnostic d'enfant mort avec hydramnios.

Elle a eu à ses grossesses antérieures un enfant mort à terme pendant le travail et un autre, mort avant terme à six mois.

Le premier était venu par le siège, le deuxième par l'épaule. Les trois enfants sont du même père. On ne trouve pas sur elle de traces de lésions spécifiques. Elle a eu la variole en 1900 une pleurésie en 1901, une pneumonie en 1904. Pendant ses grossesses, elle perd en rouge, dit-elle, jusqu'au sixième mois.

Ses dernières règles datent du 15 août. Les premières douleurs sont apparues le 26 avril à 4 heures du matin. Elle entre à la salle de travail de la clinique Tarnier à 11 h. 15 du matin.

Par le palper, il est impossible de faire un diagnostic de présentation : l'utérus surdistendu par de l'hydramnios étant presque constamment dur, du fait de contractions répétées.

Au toucher. M. Devraigne trouve le col dilaté à 0 m. 06 : la poche des eaux remplit le vagin. Entre deux contractions le toucher vaginal, fait très prudemment, permet de constater qu'il n'y a pas de présentation engagée. Le diagnostic de présentation de l'épaule probable est alors porté.

L'auscultation est absolument négative, et cela pour plusieurs personnes.

A midi la dilatation est complète.

M. Devraigne, moniteur de garde, après avoir fait placer la parturiente en travers du lit, rompt la poche des eaux aussitôt après une contraction. Ayant la main entière dans le vagin, il pose deux doigts dans l'orifice fait aux membranes, de façon à modérer la sortie du liquide amniotique ; ce qui n'empêche pas l'issue en jet violent, très abondant, d'un liquide amniotique brunâtre, chocolaté.

Ne sentant rien au détroit supérieur, M. Devraigne enfonce davantage la main dans l'utérus, rencontre le dos, puis les deux bras et enfin le pied gauche. qu'il abaisse à la vulve. L'évolution est à peine faite que l'anneau de Bandl se rétracte brusquement sur la racine de la cuisse gauche, s'opposant au passage du siège. *M. Devraigne décide de ne pas tenter l'extraction qui pourrait être dangereuse pour la mère.* L'enfant est mort et macéré. La femme remise dans son lit a des contractions très fortes et très rapprochées. Un quart d'heure après la version le siège se dégage spontanément à la vulve et l'accouchement est terminé par un Mauriceau très facile.

Il n'y a pas d'hémorragie.

Le cordon est gros, œdématié, noirâtre.

Deux heures après, la délivrance n'est pas encore faite, la femme ne perd toujours pas.

M. Devraigne se rend compte par le toucher que le col n'est pas revenu sur lui-même et que le placenta n'est pas décollé. Il en avertit par téléphone M. Guéniot, chef de clinique, qui, une demi-heure après fait la délivrance par expression.

Injection utérine iodée.

Petite déchirure périnéale.

L'enfant macéré, du sexe masculin, pèse 2850 grammes.

Le placenta pèse 700 grammes.

*Dans la grossesse gémellaire* où il y a souvent un œuf hydramniotique dans lequel l'enfant se présente transversalement, les mêmes indications à la version non suivie d'extraction peuvent se poser.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION II (résumée)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Demelin).

Hôpital Saint-Louis. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes et extraction du fœtus faites par l'interne.

*Tête retenue par l'anneau de Bandl. Forceps au-dessus de cet anneau. Enfant mort. Rupture utérine.*

Laparotomie sans hystérectomie faite quelques heures après par le Dr Demelin. Drainages à la Mickulicz. Mort de la femme peu de temps après l'opération.

A l'autopsie, on trouve *une rupture large antéro-latérale gauche du segment inférieur.*

### OBSERVATION III ( inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bonnaire, par M. Devraigne).

Membranes rompues trente-six heures avant l'arrivée. — *Présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure.* — Utérus rétracté. — Procidence du cordon. — Dilatation bi-manuelle. — Version. — Forceps sur la tête dernière au-dessus de l'anneau de Bandl. — Délivrance artificielle. — Hémorragie par déchirure du col et du segment inférieur. — Enfant mort.

Le 2 mars 1905, entre à la Maternité de l'hôpital Lariboi-

sière, M<sup>me</sup> S..., III-pare, âgée de trente-deux ans, envoyée par un médecin avec le diagnostic de présentation de l'épaule. Elle a perdu les eaux en ville, la veille, à 6 heures du matin.

Les dernières règles sont du 1<sup>er</sup> au 8 juillet 1904. Elle a accouché spontanément à terme en 1892 ; a subi un curetage en 1894 ; a accouché en 1894, à terme, sans intervention. Elle serait tombée il y a quinze jours.

A son entrée à l'hôpital on trouve son utérus rétracté, à grand axe transversal. L'enfant se présente par l'épaule droite en dorso-antérieure et semble élevé. Par le toucher, on constate que le col a une dilatation de 4 centimètres ; au-dessus de lui, on sent dans le segment inférieur un coude procident à travers un anneau de Bandl très serré ; à côté du coude pend le cordon dans lequel on sent les battements. A 9 heures du soir, M. le Dr Bonnaire trouve au toucher le col ayant une dilatation d'une petite paume de main. Il complète facilement cette dilatation par sa méthode bi-manuelle ; et à travers l'anneau de Bandl toujours rétracté malgré l'anesthésie générale, il réussit à abaisser le pied antérieur. Sous l'influence de tractions et de l'expression abdominale combinées, l'enfant descend ; les bras relevés sont abaissés ; mais la tête reste retenue au-dessus de l'anneau de Bandl. M. le Dr Bonnaire fait sur cette tête dernière une application de forceps et tire doucement pendant que M. Sauphar, interne provisoire, tenant à deux mains, de chaque côté, le corps de l'utérus, tire celui-ci de bas en haut. La tête franchit l'anneau de Bandl et est dégagée.

L'enfant pèse 2.720 grammes ; en état de mort apparente, n'est pas ranimé. Aussitôt après sa sortie, il se fait une hémorragie intense qui nécessite la délivrance artificielle immédiate. Malgré la consistance dure du corps utérin, l'hémorragie con-

tinue. Au toucher, M. le Dr Bonnaire trouve une déchirure du col, remontant sur le segment inférieur et en fait la suture. L'hémorragie s'arrête.

On fait à la femme le traitement général des hémorragies. Dans les jours suivants, il se produit une légère lochiométrie dont on triomphe facilement par les injections utérines et vaginales répétées à la liqueur de Labarraque.

#### OBSERVATION IV (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bonnaire et due à l'obligeance de M. Devraigne).

*Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure. — Membranes rompues en ville. — Version non suivie d'extraction, à travers un col ayant une dilatation de 7 centimètres. — Expulsion brusque du siège ; tête retenue par l'anneau de Bandl ; forceps ; enfant vivant ; suites de couches normales.*

M<sup>me</sup> B..., I-pare, âgée de vingt-cinq ans (n° 511), entre dans le service de M. le Dr Bonnaire à la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 18 avril 1905, à 9 h. 45 du soir. Dernières règles du 20 au 22 juillet 1904. La grossesse a été tout à fait normale. Cette femme est en travail et a perdu les eaux en ville à 7 heures du soir.

L'enfant se présente par l'épaule gauche en A I D ; les bruits du cœur sont bons. Le col est dilaté à 2 ou 3 centimètres.

A 11 h. 50, M. Devraigne, interne du service, trouve une dilatation d'une petite paume de mains ; l'utérus n'est pas rétracté et les bruits du cœur sont toujours bons. Introduisant doucement la main gauche à travers le col non complètement

dilaté, mais souple, va au fond de l'utérus chercher le pied gauche qu'il abaisse à la vulve pendant que de l'autre main, à travers la paroi abdominale, il facilite l'ascension de la tête. Cette manœuvre très simple est faite sans anesthésie générale. Un lacs est posé sur le pied abaissé. M. Devraigne, par peur du col non à la dilatation complète, ne fait pas l'extraction fœtale. Les bruits du cœur un peu accélérés après l'évolution du fœtus, reprennent vite un rythme normal.

A 1 heure du matin, une heure dix minutes après la version, le siège apparaît brusquement à la vulve. La sage-femme de garde en prévient l'interne, fait l'anse au cordon et le dégagement des bras non relevés. Le fœtus ne progresse plus et semble même retenu. M. Devraigne touche, trouve le col à dilatation complète; mais au-dessus et assez bas sent l'anneau de Bandl légèrement rétracté sur la tête ; ce qui semble résulter de quelques fortes douleurs très répétées qui ont brusqué l'expulsion du fœtus. Craignant d'augmenter cette contraction et d'échouer à peu près à coup sûr dans la manœuvre de Mauriceau, M. Devraigne fait une application de forceps sur la tête dernière et extrait facilement celle-ci sans anesthésie. L'enfant en état de mort apparente est ranimé au bout de vingt minutes par l'insufflation. C'est un garçon du poids de 3.270 grammes.

On fait ensuite une injection ovulaire iodée.

La délivrance naturelle et complète se fait trente minutes après la sortie de l'enfant.

Le placenta pèse 520 grammes.

Injection utérine iodée.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bonnaire par M. Devraigne).

*Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure.* — Membranes rompues en ville six heures quarante-cinq minutes avant l'accouchement. — Rétraction de l'anneau de Bandl sous fœtus. — *Version non suivie d'extraction.* — *Expulsion spontanée d'un enfant mort.* — Suites de couches normales.

M<sup>me</sup> Le M... (n° 567), âgée de vingt-six ans, III-pare, entre à la Maternité de l'hôpital Lariboisière le 28 avril 1905 à 9 h. 30 du soir, avec une présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Les deux grossesses antérieures ont été normales ; les enfants s'y présentaient par le sommet. Les dernières règles sont du 12 au 15 juillet.

La femme a perdu spontanément les eaux en ville à 5 heures du soir. Elle aurait été suivie pendant la grossesse par une sage-femme qui, tout au début du travail, avait, paraît-il, diagnostiqué : présentation du sommet. Quelle ne fut pas sa surprise de trouver après la rupture de la poche des eaux une présentation de l'épaule ; aussi imposa-t-elle le transport immédiat de sa cliente à l'hôpital. Il y avait, au dire de la sage-femme, beaucoup d'eau.

A l'arrivée de la femme à la Maternité, on lui trouve, au palper, l'utérus rétracté ; le toucher montre que le col est à dilatation complète et l'anneau de Bandl est rétracté sous le fœtus. Les bruits du cœur sont ralentis.

A 11 heures du soir le fœtus ne descend pas et ayant toujours les bruits du cœur ralentis, M. Devraigne, interne du service, fait anesthésier la femme, entre dans le segment intérieur

et à l'aide de deux doigts introduits dans l'anneau de Bandl toujours serré, abaisse le pied droit, le premier rencontré.

A ce moment les bruits du cœur sont très ralentis. A 11 h. 45 le siège descend spontanément à la vulve et tourne de lui-même, de façon à amener le sacrum fœtal sous la symphyse. L'enfant se dégage seul jusqu'aux épaules. Les deux bras sont relevés derrière la nuque.

Il y a trois circulaires du cordon. La manœuvre de Mauriceau se fait très facilement. L'enfant n'a aucun battement à la région précordiale : c'est un garçon du poids de 2.500 grammes.

Quarante-cinq minutes après l'accouchement la délivrance se fait naturelle et complète.

On a pratiqué une injection intra-ovulaire iodée et une injection intra-utérine iodée.

Suites de couches normales.

## OBSERVATION VI (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Bonnaire par M. Devraigne).

*Présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure.* — Membranes rompues quarante-trois heures avant l'accouchement. — Utérus rétracté. — Enfant mort. — *Version non suivie d'extraction.* — Absence d'évolution fœtale. Cranioclasie. — Délivrance artificielle. — Suites de couches bénignes),

La femme T. . . (n° 578), âgée de trente et un ans, primipare, entre à la Maternité de l'hôpital de Lariboisière le 30 avril 1905 à 6 h. 30 du soir pour présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure.

Les dernières règles sont du 26 au 30 juillet 1904. La femme a eu des urines albuminuriques au début du neuvième mois de la grossesse et a été mise au régime lacté à son arrivée à l'hôpital.

Actuellement l'albumine a complètement disparu.

Cette femme a perdu spontanément les eaux depuis trente-six heures.

L'utérus est rétracté sur le fœtus dont on ne perçoit pas les bruits du cœur. Au toucher, on trouve un col dilaté de 0 m. 07 et un anneau de Bandl rétracté. On sent un fibrome au-devant du promontoire. Le rectum est bourré de matières fécales ; on le vide extemporanément par une entéroclyse de 6 litres.

A 7 h. 30 du soir, sans anesthésie générale, M. Devraigne, interne du service, abaisse un pied assez facilement ; mais ne peut faire remonter la tête au fond de l'utérus. Un lacs est posé sur le pied abaissé.

La femme a des douleurs espacées, mais le fœtus ne descend pas.

M. le Dr Tissier, prévenu, vient examiner la femme que l'on anesthésie. A côté de la racine du membre abaissé, il sent la tête qui n'a pas bougé, serrée par le corps utérin rétracté. Il coupe le membre inférieur qui le gêne et fait un cranioclasie : il peut alors extraire assez facilement l'enfant qui pèse 2.300 gr.

En faisant la délivrance artificielle (placenta 550 gr.) M. le Dr Tissier s'assure qu'il n'y a aucune lésion utérine. Le fibrome senti au-devant du promontoire a disparu.

Après l'opération survient une syncope.

On fait à la femme de la respiration artificielle, du sérum sous-cutané, des inhalations d'oxygène, de la caféine, de l'ergotine, de l'huile camphrée.

Le pouls devient bon.

A 8 heures du matin la femme avait 36 degrés de température et 158 pulsations.

Les jours suivants, sans présenter de température, la malade fut agitée ; eut l'abdomen douloureux, un pouls très fréquent et fit même un peu de lochiométrie qui nécessita un écouvillonnage.

Au bout de huit jours tout était rentré dans l'ordre.

### OBSERVATION VII (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé  
Bonnaire par M. Devraigne).

*Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure.* — Membranes rompues.  
— Réaction utérine. — *Version non suivie d'extraction.* — Extraction facile dix heures après la version. — Enfant mort pendant le travail. — Suites de couches normales.

M<sup>me</sup> L... (no 616), II-pare, âgée de dix-huit ans, entre à la Maternité de Lariboisière le 6 mai, à 9 heures du soir, avec une présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Sa grossesse antérieure s'est terminée par une présentation du siège : l'enfant est mort pendant l'accouchement.

Les dernières règles sont du 8 au 12 août. Les membranes ont été rompues en ville par une sage-femme d'après laquelle le liquide était très abondant. Cette sage-femme ordonne, en constatant une présentation de l'épaule, le transport immédiat de sa cliente à l'hôpital.

Au toucher, M. Devraigne, interne du service, trouve le col à dilation complète ; l'utérus est rétracté ; l'anneau de Bandl a 0 m. 04 de dilatation ; le fœtus est tout entier dans le corps

utérin. Les bruits du cœur sont très sourds, de façon constante.

La femme est anesthésiée, alors, l'utérus semble se relâcher en partie; aussi, introduisant deux doigts dans l'anneau de Bandl, M. Devraigne, atteint un pied, le pied droit, l'abaisse à la vulve et y pose un lacs. L'anneau de Bandl laisse juste passer la cuisse. A ce moment on n'entend plus du tout les bruits du cœur. *L'évolution s'est faite facilement.*

Les choses en restent là toute la nuit : la femme a de petites douleurs, mais qui ne l'empêchent pas de dormir une partie de la nuit.

Le matin à 10 heures, M. le Dr Bonnaire se prépare à pratiquer une embryotomie. La femme est anesthésiée. Il trouve dans le vagin à côté de la cuisse un bras; il pose un lacs sur la main et coupe le bras procident. Il abaisse ensuite aisément le deuxième pied *et extrait avec la plus grande facilité un garçon pesant 2.950 grammes.*

M. le Dr Bonnaire pratique aussitôt après une injection intra-ovulaire, la délivrance artificielle et s'assure que l'utérus n'a aucune lésion.

Une injection intra-utérine est faite.

Le placenta pèse 500 grammes.

Les suites de couches sont normales.

### OBSERVATION VIII (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Budin  
par M. Devraigne).

*Présentation de l'épaule, secondaire à un sommet mobile.* — Procidence du cordon et d'un avant-bras, à la rupture de la poche des eaux. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Rétropulsion. — Déprocidence. — *Version non suivie d'extraction.* — Expulsion spontanée facile.

M<sup>me</sup> X..., III-pare, âgée de vingt-six ans, est entrée à la clinique Tarnier le 3 avril 1906. Dernières règles le 11 septembre 1905.

Les deux autres accouchements se sont terminés spontanément par présentation du sommet. Grossesse actuelle normale : la femme est entrée à la clinique pour albuminurie.

Les premières douleurs ont commencé à midi 30 le 2 juin. La femme, ne se plaignant pas, descend à la salle d'examen pour le cinquième doctorat, avec le diagnostic de sommet mobile. A 2 h. 30 les douleurs augmentent. M. le professeur agrégé Demelin l'examine, trouve une présentation transversale et l'envoie immédiatement à la salle de travail. Le col avait 0 m. 04 de dilatation. L'infirmière qui la conduit annonce le diagnostic suivant : mauvaise présentation. Trois autres femmes accouchaient au même moment, on ne fait pas tout d'abord attention à la dernière arrivée. A 3 heures elle dit tout à coup : Je perds les eaux. M. Devraigne quitte la femme dont il s'occupait, lève les couvertures pour contrôler le dire de la femme et constate en effet la rupture des membranes. De plus il est aussitôt frappé par le grand axe transversal de l'utérus qu'il sent rétracté au palper. Il pense alors à la possibilité d'une

présentation de l'épaule et pratique le toucher. Il rencontre dans le vagin 10 centimètres de cordon et un avant-bras. Le col a environ 0 m. 08 de dilatation ; au-dessus de lui l'anneau de Bandl est déjà rétracté et présente une dilatation de 0 m. 05.

M. Devraigne rétropulse le cordon et l'avant-bras doucement à travers l'anneau de Bandl ; sa main franchissant facilement l'ouverture du col.

Introduisant trois doigts dans le corps de l'utérus, il y rencontre d'abord la deuxième main, puis un pied, le gauche, qu'il atteint et abaisse facilement, aidant l'évolution du fœtus avec son autre main placée sur l'abdomen. Sur le pied abaissé à la vulve, il pose un lacs. Les orteils de ce pied regardent vers la symphyse ; il prend la jambe à pleine main et l'abaisse doucement en la faisant tourner de façon à amener le talon en avant. Cette rotation s'opère facilement. Par le toucher, M. Devraigne constate que l'anneau de Bandl rétracté ne laisse passer que la cuisse gauche. La procidence du cordon est donc bien réduite ; ce qui est confirmé par l'auscultation qui révèle des bruits du cœur bons.

Tout ceci s'est fait sans anesthésie générale. Le travail continue régulièrement. A 6 heures du soir c'est-à-dire, trois heures après la version non suivie d'extraction *le siège se dégage spontanément*. M. Buron à la place de M. Devraigne, retenu à la consultation, termine cet accouchement par un Mauriceau très facile.

L'enfant, du sexe masculin, crie aussitôt après sa naissance. Il pèse 3.800 grammes et a 0 m. 51 de long.

Un quart d'heure après, la délivrance se fait naturelle et complète.

Le placenta pèse 750 grammes.

Le cordon a 0 m. 85 de long.

Les suites de couches sont normales.

### OBSERVATION IX (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Budin,  
par M. le Dr Devraigne, moniteur du service).

*Présentation de l'épaule gauche en dorso-antérieure chez une I-pare.* — A la dilatation complète, rupture artificielle des membranes et version par manœuvres internes. — Evolution facile. — *Extraction très difficile par résistance des parties molles.* — *Enfant mort.* — Déchirure incomplète grave du périnée et du vagin.

M<sup>me</sup> R..., I-pare, entre à la clinique le 28 décembre 1905 pour violentes douleurs internes. On pense à un début de travail prématuré et on lui fait des injections de morphine. Les règles sont du 2 avril 1905.

Le 1<sup>er</sup> janvier à 2 heures du matin, les douleurs deviennent intenses, le col a une dilatation de 2 centimètres, la femme est montée à la salle de travail.

Les douleurs sont très répétées, la dilatation est complète à 3 heures. M. Devraigne, moniteur de garde, diagnostique une présentation de l'épaule gauche dorso-antérieure : l'enfant est vivant. La poche des eaux volumineuse est intacte. Le promontoire très haut est très difficilement accessible. M. Guéniot, chef de clinique, prévenu par téléphone, arrive aussitôt et fait endormir la malade. Il rompt les membranes et procède à la version podolique par manœuvres internes.

L'introduction de la main dans le vagin n'est pas très facile : les parties molles ne se laissant pas distendre. L'opérateur ne

peut saisir que le pied gauche, mais fait évoluer facilement l'enfant et abaisse le pied saisi à la vulve.

Les battements du cœur se ralentissent.

La descente du fœtus s'effectue avec de grandes difficultés, en dépit des tractions combinées à l'expression. Le périnée étant très résistant, le siège ne se dégage qu'au prix d'une déchirure des parties molles. Le tronc suit lentement ; puis l'extraction subit un temps d'arrêt, probablement à cause du relèvement des bras.

L'étroitesse du vagin très distendu et très serré sur le fœtus ne permet pas le toucher. Les battements du cœur deviennent très lents : le cordon se trouvant comprimé depuis un certain temps. Par des tractions très en bas la tête arrive dans l'excavation. M. Guéniot peut abaisser le bras droit relevé. L'épaule gauche se dégage ensuite. Nouvel arrêt de la tête défléchie, à la vulve, où elle se présente en occipito-pubienne. A ce moment les battements du cœur ont complètement cessé.

La bouche n'est pas immédiatement atteinte, ce qui retarde un peu l'exécution de la manœuvre de Mauriceau, par laquelle se termine l'accouchement à 4 h. 35.

L'enfant mort, pèse 2.800 grammes, il présente un léger enfoncement du pariétal droit. La délivrance naturelle et complète se fait à 4 h. 50. Après la délivrance la femme est de nouveau anesthésiée pour lui pratiquer une périméorrhaphie.

On constate qu'en plus de la déchirure périnéale incomplète, la paroi postérieure du vagin est fendue sur les deux tiers de sa hauteur.

OBSERVATION X

(In *Journal des Sages-Femmes*, 16 septembre 1885.

M<sup>me</sup> Pomier).

*Présentation de l'épaule.* — Version. — Difficulté dans l'extraction du tronc.  
— *Déflexion du bras et de la tête.* — Application du forceps. — Tête dernière. — Enfant vivant. — Guérison de la mère.

La nommée B... (Constance), mariée, âgée de vingt-huit ans, multipare, entre à la Maternité le 24 juillet, à 8 heures du soir. Cette femme a eu quatre enfants ; trois se présentèrent par le sommet, et les accouchements furent normaux ; le quatrième se présenta par le siège, l'enfant vint mort-né.

Les trois enfants ont été élevés au sein et sont encore vivants.

Cette femme est à terme et dit avoir perdu un peu d'eau depuis deux jours. Le 23, c'est-à-dire la veille de son entrée, elle a perdu une certaine quantité de sang ; elle ne paraît cependant pas affaiblie.

Les douleurs de l'accouchement se sont déclarées le 24, à 4 heures du matin. A 8 heures elle est examinée ; la tête du fœtus est située dans la fosse iliaque droite ; le dos en arrière, les fesses sont situées sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic et les petits membres à gauche et en haut. Les bruits du cœur du fœtus s'entendent à leur maximum à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic et sur la ligne médiane. Au toucher vaginal, M. Piat trouve le col dilaté, la poche des eaux volumineuse et fortement tendue ; il lui fut impossible de sentir la partie fœtale, sauf une petite saillie qui lui parut être la

main. Après cet examen, il rompit la poche des eaux ; il s'écoula une notable quantité de liquide amniotique. La femme fut immédiatement dans la position obstétricale et soumise à l'action du chloroforme, afin de pouvoir procéder à la version podalique avant que le liquide amniotique ne fût complètement évacué et que les contractions énergiques de l'utérus ne vinssent contrarier l'opération.

La main droite introduite facilement dans l'utérus, alla saisir le pied gauche du fœtus situé en avant et en haut et l'amena sans difficulté à la vulve : *mais il fallut exercer de fortes tractions sur ce membre pour amener la fesse gauche sous l'arcade du pubis.* Pendant ce temps la fesse droite s'engagea complètement dans l'excavation, parcourut le plancher du bassin et vint se montrer à la vulve en distendant fortement le périnée ; elle put être extraite sans lésion aucune des parties molles de la mère ; le dos du fœtus qui avait une tendance à se porter en arrière fut ramené en avant par un mouvement de rotation exercé sur le tronc ; celui-ci fut extrait assez facilement, *mais les bras s'étaient défléchis, il fallut les ramener sur les parties latérales ce qui eut lieu non sans difficultés,* le bras droit qui se trouvait en arrière fut, *par suite des tractions qu'il fallut exercer sur lui pour le dégager, légèrement courbé sur la longueur de l'humérus.*

La tête, très volumineuse et défléchie complètement (?), exigea une application de forceps pour être extraite ; cette opération, exécutée rapidement et facilement, amena un enfant volumineux du sexe masculin et du poids de 3.850 grammes ; il était en état d'asphyxie. Il fut complètement ranimé dans l'espace de vingt minutes par la mise en œuvre des moyens préconisés en pareil cas. L'extraction du placenta eut lieu au bout d'un

quart d'heure, il n'y eut pas d'hémorragie consécutive, l'utérus revint immédiatement sur lui-même, cependant on administra à la femme 60 centigrammes d'ergot de seigle.

Les suites de couches ont été des plus normales et la femme est sortie de la Maternité le 3 août.

## OBSERVATION XI

(In « Société d'Obstétrique », Paris, 15 juin 1899. —

Par le D<sup>r</sup> Patay).

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Obstétrique de Paris a trait à une femme secourue par la Société de Charité maternelle et que j'ai examinée le 31 mars dernier.

Voici brièvement son histoire :

B..., trente et un ans, facile à élever, a marché vers un an.  
Réglée à dix-huit ans, toujours régulièrement, sept à huit jours, abondamment, sans souffrances ; leucorrhée dans l'inter-valle. Elle est actuellement enceinte pour la septième fois.

*Première grossesse* (5 nov. 1889). — Accouchement à terme et spontané par le sommet. Suites de couches normales. Garçon mort au bout de quinze jours (diarrhée).

*Deuxième grossesse* (déc. 1890). — Accouchement à terme, spontané, par le sommet, d'un garçon. Suites de couches normales. Enfant mort à cinq mois et demi de diarrhée,

*Troisième grossesse* (juillet 1892). — Accouchement à terme terminé par une application de forceps sur le sommet ; garçon, vivant, actuellement bien portant. Suites de couches normales.

*Quatrième grossesse* (août 1894). — Accouchement à terme

en présentation du siège (probablement décomplété mode des fesses) d'une fille actuellement vivante et bien portante. A la suite, phlébite de la jambe gauche.

*Cinquième grossesse* (juillet 1895). — Accouchement à terme, spontané, par le sommet, d'une fille qui vit actuellement.

*Sixième grossesse* (février 1898). — Avortement de deux à trois mois. Expulsion d'un œuf contenant, lui a-t-on dit, deux embryons. Fièvre pendant les suites de couches. Très longue à se remettre.

*Septième grossesse.* — Grossesse actuelle.

*Dernières règles.* — Du 10 au 15 août.

Nausées, vomissements en septembre. Mouvements actifs vers le milieu de décembre. Très souffrante pendant la durée de sa grossesse. Je la vois pour la première fois le 31 mars : elle est très fatiguée et garde le lit.

Ses urines ne contiennent pas d'albumine (elles ont été examinées trois fois en mars et avril).

Varices des membres inférieurs, qui sont bien conformés, mais il y a de l'œdème surtout marqué à la jambe gauche où il y a eu une phlébite après la quatrième grossesse.

Rien au cœur ni aux poumons. Sternum, rachis et membres supérieurs bien conformés.

L'utérus est surtout développé en largeur et remonte à cinq travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

On y sent nettement le flot et on perçoit un fœtus transversalement placé, très mobile : la tête est dans la fosse iliaque gauche, les petits membres en avant. Je pense un instant à une grossesse gémellaire, mais sans m'y arrêter : il n'y a qu'un fœtus vivant et perceptible. Au toucher, on n'atteint point la partie fœtale ; mais le promontoire est accessible au loin.

Je conseille à cette femme, déjà souffrante et dans un dénue-  
ment complet (je n'avais trouvé qu'une terrine fêlée pour me  
laver les mains) d'entrer à la Maternité, mais elle s'y refuse,  
prétextant la surveillance de ses enfants. Je la mets au régime  
lacté et au repos et la confie à un sage-femme dévouée qui la  
surveille avec soin.

Le 10 mai la sage-femme me fait appeler à 4 heures du soir  
et je me rends immédiatement près de la femme B... que je  
trouve avec une dilatation complète, la poche des eaux intacte et  
*une présentation de l'épaule gauche, tête dans la fosse iliaque  
droite, dos en avant.*

Le fœtus est bien vivant.

J'introduis donc ma main droite dans l'utérus, et, pénétrant  
entre la poche des eaux et l'utérus, je me mets en contact avec  
les pieds et ne romps les membranes qu'à ce moment, si  
bien que j'avais en main le bon pied avant toute issue de  
liquide à l'extérieur.

L'évolution se fait très facilement ainsi que l'extraction,  
sauf un léger moment de retenue de la tête au détroit supérieur ;  
elle passe certainement à frottement rude, mais sans pression  
abdominale.

L'enfant, du sexe féminin, se ranime facilement dans le  
bain.

(Pesé le lendemain à la Maternité, il est encore d'un bon  
poids : 3.670 grammes. Longueur : 0 m. 51. Diamètres : O M :  
12,5. — O F : 12,1. — S O B : 10. — S O F : 11,5. — B I P :  
9, 5. B I F : 7,9. — Sm Br : 11.)

Je donne moi-même une injection très chaude et pratique  
la délivrance qui est bien complète. Après une seconde injec-  
tion très chaude, un nettoyage vulvaire complet et une mise à

sec du lit, je me retire, non sans avoir constaté que l'utérus était bien contracté.

Une heure après, la sage-femme, qui était restée près de la parturiente, me faisait redemander en toute hâte : il y avait eu, paraît-il, « une hémorragie interne très sérieuse » qui l'avait obligée d'introduire la main dans l'utérus pour le vider de ses caillots (les injections chaudes n'ayant rien fait, pas plus que l'administration d'une potion d'ergotine).

A mon arrivée vers 6 heures (j'avais quitté la femme vers 5 heures), je la trouve sans pouls, couverte de sueurs et les extrémités froides. Je la fais réchauffer et lui fais deux piqûres d'ergotine, mais son état ne se relève pas, et comme elle perd encore un peu, que son utérus est toujours flasque, je pénètre dans l'utérus, lui fais un ramonage sérieux qui ne ramène que peu de caillots et je cherche à la faire se contracter par le massage.

L'état de la femme devenant de plus en plus grave, je la fais transporter en brancard roulant à la Maternité pour qu'on lui fasse immédiatement une large injection intra-veineuse de sérum artificiel, mais elle succombe pendant cette injection.

J'avais eu une certaine difficulté à persuader le mari de la gravité de l'état de sa femme qui, disait-il, avait perdu bien plus de sang à ses derniers accouchements.

J'ai pu, puisque la femme était morte à l'Hôtel-Dieu, faire l'autopsie le surlendemain matin.

Tous les tissus étaient pâles et décolorés ; le péricarde légèrement rempli de sérosité ; les reins étaient petits et rétractés comme par des brides ; à leur coupe il s'est écoulé nettement du pus.

La jambe gauche, siège de l'ancienne phlébite, était encore

très œdématiée, la droite légèrement. Mais c'est l'utérus surtout qui nous intéressait, et, après l'avoir enlevé devant les élèves, nous l'avons ouvert par sa face postérieure :

Toute la cavité utérine était absolument vide de caillots et on distinguait à peine le lieu de l'insertion placentaire.

Le col était intact... ; *sur la partie droite et postérieure du segment inférieur, à environ 1 centimètre du bord du col*, nous avons alors constaté *une érosion* ressemblant à une incision de découverte, avec deux queues cependant, et ayant une longueur d'environ 3 centimètres.

Cette déchirure intéressait la muqueuse et une partie du muscle, mais ne communiquait pas avec le perimetrium où nous n'avions trouvé aucune trace de sang.

Dans le fond de cette déchirure, on voyait un vaisseau volumineux presque disséqué ; mais qui ne paraissait pas rompu.

Nous nous sommes demandé comment avait pu se produire cette érosion ?

Par l'introduction de notre main (?), nous l'avions introduite sans même rompre les membranes et vers la gauche.

Ou par le passage de la tête fœtale comprimant cette partie du segment inférieur contre le promontoire ?

Le diamètre utile avait 9, 2 (*mesuré post mortem*) et le B I P : 9, 5.

C'est cette dernière hypothèse que nous soumettons à la Société. On a pratiqué deux fois le curage manuel, mais la blessure devait évidemment exister à ce moment.

L'ergotine et l'ergotinine, les injections chaudes ont échoué là où le tamponnement, si nous avions eu immédiatement les moyens de le faire, aurait certainement réussi ; et la femme, déjà très anémiée par de précédents accouchements et des sui-

tes de couches pénibles, a été enlevée rapidement par une hémorragie sérieuse, mais non très abondante.

## OBSERVATION XII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

D..., 206, vingt-huit ans. Quatre accouchements antérieurs à six, sept et huit mois. Bassin normal. *Présentation de l'épaule en A I D dos en arrière*. Avant l'intervention, procidence du bras droit. Dilatation d'une paume de main. Epaule non engagée. Membranes intactes. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Saisie du pied droit. Lacs sur la main.

Evolution et *extraction pénible* par rétraction de l'anneau de Bandl. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance naturelle.

Enfant de 2.330 grammes, né en état de mort apparente, puis ranimé.

Sort en bon état. Bon état de la mère après délivrance.

Suites de couches normales.

## OBSERVATION XIII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

D..., 963, trente-quatre ans. Sept accouchements antérieurs à terme, trois avortements de trois mois. Bassin normal.

*Présentation de l'épaule dorso-postérieure*. Avant l'intervention pas de bruits du cœur. Lenteur du travail.

*Extraction facile pour le tronc ; difficile pour la tête par contracture de l'orifice utérin.*

Délivrance artificielle. Enfant macéré du poids de 1.370 grammes. Après délivrance, bon état de la mère.

Suites de couches normales.

#### OBSERVATION XIV

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

F..., 392, trente-neuf ans. Multipare. Bassin normal. *Présentation de l'épaule. Hydramnios.* Procidence du bras. Laes sur la main gauche. Recherches et abaissement du pied antérieur. Extraction facile du siège et des épaules. *Tête retenue au détroit supérieur. Rétraction de l'anneau de Bandl.* Plusieurs essais de forceps.

Mort du fœtus. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Poids: 3.500 grammes. Enfant mort. Rupture utérine. Laparotomie. Mort de la mère.

#### OBSERVATION XV

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

G..., trente-sept ans. Multipare. Bassin normal.

*Présentation de l'épaule gauche en A I G A*, avant intervention procidence du cordon, état de souffrance de l'enfant. Dilatation manuelle. Extraction du siège et du tronc assez facile. *Rétraction de l'anneau de Bandl. Difficultés pour extraire la tête par la manœuvre de Mauriceau.*

Délivrance artificielle. Enfant de 3.850 grammes en état de mort apparente, ranimé. Meurt peu après. Après délivrance, état médiocre de la mère. Suites de couches pathologiques.

OBSERVATION XVI

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

G..., 231, quarante et un ans. Huit grossesses antérieures, dont deux accouchements par la face, un siège et une épaule. *Bassin normal. Épaule gauche, dos en avant.* Introduction de la main gauche. Recherche et saisie du pied antérieur puis du postérieur. Tractions fortes en bas et en avant. Anse au cordon. Dégagement des bras relevés. Manœuvre de Pajot. *Extraction de la tête dernière extrêmement pénible par la manœuvre de Mauriceau, par suite de rétraction de l'anneau de Bandl.* Délivrance naturelle, enfant de 2.550 grammes. Mort. Après délivrance bon état de la mère.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XVII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904).

G..., 617. Multipare, trente-six ans. *Bassin normal. Présentation de l'épaule gauche en A I G dorso-postérieure.* Proci-dence du cordon. Souffrance du fœtus. Introduction de la main gauche. Saisie et abaissement du pied droit. *Evolution facile du fœtus.* Anse du cordon qui ne bat plus après extrac-tion facile du siège et des épaules. *Rétraction de l'anneau de Bandl. Tractions sur les épaules et refoulement difficile de l'an-neau.* Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant mort du poids de 2.150 grammes. Après délivrance, crises de convulsions éclamptiques.

Suites de couches normales.

### OBSERVATION XVIII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

G..., 1336. Multipare, trente-cinq ans. *Bassin normal. Présentation de l'épaule A I G dos en avant.* Accouchement prématuré sept mois. Rupture artificielle des membranes. Introduction de la main droite. Saisie du pied gauche antérieur. Tractions en bas. Dégagement du pied droit, du siège et du bras facile. *Un peu de rétraction du col sur le cou du fœtus.*

Extraction facile.

### OBSERVATION XIX

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

B..., 242. Multipare, vingt-cinq ans, trois accouchements à terme. Tête filant dans la fosse iliaque gauche. *Placenta prævia*, hémorragies répétées. Etat syncopal. Version mixte. Tête refoulée vers la fosse iliaque gauche. Recherche d'un pied. *Rétraction du col sur la tête dernière.* Expulsion du placenta en même temps que du fœtus. Enfant de 1530 grammes. Mort. Etat de la mère faible après délivrance.

Suites de couches normales.

### OBSERVATION XX

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

B..., 250. Multipare, trente ans. Tête élevée. *Placenta prævia.* Hémorragie abondante. Malade très anémiée. Enfant mort.

Introduction de la main gauche, saisie du pied droit, *évolution facile*. Extraction du siège, des bras sans difficultés. *Perforation du crâne avant la dilatation complète*. Délivrance artificielle. Enfant de 3.040 grammes, moins le cerveau. Mort. Mère avec fièvre après délivrance.

Suites de couches pathologiques.

### OBSERVATION XXI

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

D..., 198. Multipare, vingt-six ans. Sommet mobile en D T. *Placenta prævia*. Hémorragie. Tête élevée. Procidence du cordon sans battements. Rupture artificielle des membranes. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite, Bras droit procident. Saisie du pied droit, pied postérieur. Rotation qui le rend antérieur. Extraction facile du tronc. *Rétraction sur le cou du col*. *Extraction difficile de la tête*. Manœuvre de Mauriceau.

### OBSERVATION XXII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

D..., 198. Secondipare, vingt-neuf ans. Bassin normal. Sommet en D T. *Placenta prævia*. Hémorragies abondantes. Malade anémiée. Sérum. Ballon de Champetier. Introduction de la main droite. Traction inguinale pour abaisser le pied postérieur. Extraction du siège en gauche. *Extraction pénible de la tête par la manœuvre de Mauriceau par défaut de dilatation du col*. Délivrance naturelle. Enfant 2.180 grammes. Mort.

Suites de couches normales.

### OBSERVATION XXIII

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

D..., 1169. Multipare, trente-deux ans. Bassin normal. Présentation transversale. *Placenta prævia*. Hémorragies. Rupture artificielle des membranes. Liquide teinté de méconium. Ballon de Champetier de 700 grammes. Décollement du placenta et expulsion dans le vagin. Introduction de la main gauche. Extraction du tronc. *Quelques difficultés pour extraire la tête par contracture du col*. Placenta expulsé avant le fœtus. Enfant de 1.850 grammes. Mort. Bon état de la mère après la délivrance.

Suites de couches normales.

### OBSERVATION XXIV

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904.)

E..., 669. Secondipare, vingt-huit ans. Bassin normal. *Placenta prævia*. Ballon de Champetier. Introduction de la main gauche. Difficultés pour accrocher un pied. *Evolution du tronc assez facile. Manœuvre de Mauriceau difficile*. Délivrance naturelle. Enfant de 2.150 grammes en état de mort apparente, ranimé. Sort en assez bon état.

Suites de couches pathologiques.

## OBSERVATION XXV

(In thèse de J. Leconte, Paris, 1904).

G..., 152. Primipare, trente-deux ans. Epaule très mobile ne s'engageant pas. *Placenta prævia*. Hémorragie. Rupture artificielle des membranes. Abaissement d'un pied, puis du deuxième. *Rétraction de l'anneau de Bandl rendant un peu difficile l'abaissement des bras*. Manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Enfant de 1.200 grammes. Mort. Bon état de la mère.

Suites de couches normales.

## OBSERVATION XXVI

(In thèse de Guérin-Valmale, Montpellier, 1897.)

Version. — Enfant macéré. — Contracture ou rétraction du col. — Arrachement du cou. — Tête dernière prisonnière. — Extraction au forceps.

M<sup>me</sup> X..., enceinte de huit mois, a présenté durant *les derniers temps de sa grossesse une série d'hémorragies* dont elle ne s'est préoccupée et pour lesquelles aucun traitement n'a été fait. Les mouvements de l'enfant, qu'elle sentait parfaitement jusqu'alors, cessent d'être perçus quinze jours environ avant le début du travail. Quand celui-ci commence, une sage-femme est appelée, qui pratique, dit-on, « une opération pour retourner l'enfant ». L'extraction est faite alors par les pieds, et tout se passe normalement jusqu'à la sortie de la tête ; mais ici la manœuvre s'arrête, la tête paraît ne pas vouloir descendre facilement.

Un médecin est appelé en consultation ; *il constate un arrêt de la tête au col utérin*, puis exerce des tractions sur l'enfant, mais sans succès. Un second docteur est alors prié de venir porter son aide, et malgré ses tractions n'obtient pas plus de résultat. Tous trois alors se succédant, ou s'aidant mutuellement, tirent sur le corps de l'enfant macéré, et à la fin arrachent le cou du fœtus de ses attaches céphaliques, extrayant ainsi le corps et laissant la tête dans la cavité utérine. Une main introduite dans les voies génitales, pour tenter son extraction, vient buter sur un utérus rétracté ou contracturé, dont le col refermé (quoique non réformé) ne permet pas le passage de la main.

Trois heures après, M. Vallois trouve, à son arrivée, le col complètement relâché (ou de nouveau dilaté) et peut, avec la plus grande facilité passer la main dans l'utérus pour ramener la tête. Il introduit alors deux doigts dans la bouche fœtale, mais, par suite de la macération, celle-ci ne lui paraît pas offrir un point d'appui suffisant. Il fait alors fixer la tête par un confrère à travers la paroi abdominale, et parvient sans peine à l'extraire avec le forceps.

## OBSERVATION XXVII

(D<sup>r</sup> Poux, *in* Markowitch. Thèse de Paris, 1894.)

H. V..., primipare, trente-trois ans. — A terme. — Syphilis traitée. — *Léger hydramnios*. — Enfant vivant. — Accouchement par le siège en S I D. — Le travail marche très normalement et le dégagement du tronc se fait sans difficultés.

« Je procède ensuite à l'extraction de la tête par la manœuvre de Moriceau. Je place le fœtus à cheval sur mon avant-bras

droit, j'introduis l'index et le médius de la main droite dans la bouche de l'enfant, ce qui demande peu de temps, car la tête est bien fléchie et la bouche très rapprochée de la commissure postérieure de la vulve. »

La main gauche étant placée en fourchette sur la nuque, on fait la rotation pour amener l'occiput sous la symphyse, puis on essaie le dégagement dos sur ventre. C'est en vain. Les efforts prolongés pendant plusieurs minutes restent sans résultats. « La tête est comme fixée dans un véritable étau et ne progresse pas. »

*On constate alors que « l'obstacle à la progression de la tête n'est autre que l'anneau de contraction, ou anneau de Bandl, fortement contracté autour de la petite circonférence de la tête ».*

Au lieu de tirer, presque aussitôt, sous l'influence d'une vive pression à travers la paroi abdominale, la cause est vaincue et l'accouchement est terminé.

L'extraction de la tête avait bien duré cinq ou six minutes. L'enfant en état de mort apparente est vite ranimé.

Suites de couches régulières.

## OBSERVATION XXVIII

(M. Budin, in Waynbaum. Thèse de Paris, 1888.)

Version. — Tête dernière retenue par la rétraction du col — Forceps.

Femme de vingt-cinq ans. Bassin rachitique. Diamètre promonto-sous pubien égale 0 m. 10. Déroit supérieur en forme de cœur de cartes à jouer. Accouchement prématuré provoqué. Rupture involontaire prématurée des membranes.

Tête défléchie au-dessus du déroit supérieur, dépasse en

avant la symphyse. Procidence en arrière du bras droit et d'un pied.

Application du forceps infructueuse. Version sous le chloroforme. La main droite, introduite dans l'utérus, se dirige vers un pied et, comme il glisse, on saisit un genou. La main gauche, appliquée sur la partie inférieure de la paroi abdominale, refoule la tête. L'évolution s'accomplit facilement pendant le relâchement des parois utérines. Le pied est amené à la vulve, et une contraction survenant, on commence l'extraction. Le siège est dégagé; on fait une anse au cordon ombilical, qui est animé de battements très faibles; le dos glisse sur la branche ischio-pubienne gauche, et l'épaule se dégage en avant. Le bras postérieur (le bras droit) est relevé, la main droite en opère le dégagement; l'épaule droite sort seule ensuite. La tête est arrêtée par le détroit supérieur, l'occiput tourné du côté gauche. On introduit dans la bouche deux doigts de la main gauche et l'on fléchit la tête en avant du cou, le médius et les autres doigts en arrière. On incline la tête sur son pariétal postérieur. Un aide placé du côté droit de la femme se dispose à exercer une pression sur la région frontale. Cette pression sur le front étant combinée avec des tractions sur le maxillaire inférieur et sur le cou par l'opérateur, on sent la tête descendre; elle a franchi sans difficulté le détroit supérieur et elle est arrivée sur le plancher périnéal.

Un mouvement de rotation lui est imprimé, qui ramène l'occiput en avant, derrière la symphyse pubienne, et on s'efforce d'opérer le dégagement, suivant la manœuvre de Mauriceau.

*Le col utérin, revenu sur lui-même offre une grande résis-*

*tance. On sent qu'il est entraîné sur le plancher périnéal et qu'il ne cède en aucune façon, pas plus que ce dernier.*

L'enfant fait des efforts d'inspiration à plusieurs reprises ; de nouvelles tentatives d'extraction étant suivies d'insuccès, on se décide à appliquer le forceps sur la tête derrière, le tronc est soulevé, les deux branches sont rapidement introduites, l'une à gauche, l'autre à droite ; on articule et on fait facilement l'extraction ; il n'y a pas de déchirure du périnée.

L'enfant est en état de mort apparente. On l'emporte sur la crèche, après avoir lié et sectionné le cordon. On le frictionne sur tout le corps avec de l'alcool ; on enlève avec le petit doigt et des barbes de plumes les mucosités contenues dans le pharynx, et on le voit, après quelques secondes, faire spontanément des efforts thoraciques. Enfin, après diverses péripéties intéressantes, mais qui s'éloignent de notre sujet, l'enfant a pu être ranimé. .



## CONCLUSIONS

La version podalique par manœuvres internes comprend, d'après les classiques, trois temps : 1° introduction de la main et saisie d'un pied ; 2° évolution ; 3° extraction du fœtus. Il n'en a pas toujours été ainsi : de nombreux auteurs ont longtemps séparé nettement l'extraction de la version, extraction qu'ils confiaient aux seules forces de la nature.

Il est des cas fréquents, *dans les présentations de l'épaule* où il y a rupture prématurée de la poche des eaux, dans lesquels on rencontre du spasme de l'anneau de Bandl ou du col, ou de la rétraction de ces deux organes. Ces complications peuvent rendre le premier temps de la version difficile, mais possible ; elles rendent toujours le troisième temps très dangereux pour l'enfant qui en meurt le plus souvent et pour la mère qui risque des déchirures graves, des hémorragies parfois mortelles, de l'infection. Nous conseillons dans ces cas très dystociques de ne pas faire l'extraction du fœtus, surtout dans l'intérêt de la mère.

*Dans le placenta prævia*, on est souvent forcé de pratiquer la version avec un col incomplètement

dilaté ; celui-ci, après ou sans dilatation artificielle, laisse bien passer la main, mais s'oppose parfois à la sortie du siège et surtout au passage de la tête dernière. C'est au cours des manœuvres de traction dite « *soutenue* » pour extraire la tête dernière que se produisent des éclatements du canal cervico-segmentaire, d'où hémorragie grave chez des femmes déjà anémiées, d'où mort fréquente d'un enfant déjà compromis. De plus, il y a intérêt, dans le placenta prævia, à ne pas vider rapidement l'utérus par crainte d'une syncope mortelle ou d'inertie utérine. La version non suivie d'extraction répond aussi à cette indication.

Quand, dans l'*hydramnios* ou la grossesse gémellaire, on redoutera du spasme ou de la rétraction de l'anneau de Bandl ou du col, au cours d'une version par manœuvres internes, on pourra ne pas pratiquer l'extraction du fœtus.

---

Vu : le Président de la thèse,  
BUDIN

Vu le Doyen,  
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :  
LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- ARON. — Etude clinique sur la rétraction de l'utérus dans les manœuvres obstétricales. Thèse de Paris, 1883, n° 237.
- BAER (B.-F.). — Arm. presentation; podalic version. Med. News, Philad., 1883, XLIII, 549.
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale.
- BAUDELLOCQUE. — Traité d'accouchement, t. II. Paris, 1867.
- BENOIT (C.-F.). — Des difficultés que l'on rencontre dans la pratique de la version pelvienne. Paris, 1853.
- BONNAIRE. — Presse médicale, 14 août 1897.
- BRAXTON-HICKS. — London obstetrical. Transactions.
- BUDIN-DEMELIN. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement.
- BUDIN. — Extraction de la tête dernière arrêtée vers le plancher périnéal. Sem. médicale, 1887.
- Leçons de clinique obstétricale, 1889.
- Dystocie par l'anneau de Bandl. L'Obstétrique. Paris, juillet 1898.
- Société d'Obstétrique de Paris, 18 janvier 1900.
- BUSCH. — Handbuch der Geburtskunde, 1843.
- CAZEAX. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements (4<sup>e</sup> édition).

CHAMPETIER-DE-RIBES. — Thèse, 1878.

CHÉRON. — Difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. Thèse, Paris, 1899.

COE. — Application immédiate de forceps après la version dans le cas de dilatation partielle du col. N.-Y. Acad. of med., 1889.

DEGOUL (P.-L.). — De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. Paris, 1885.

DEMELIN. — Segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Thèse, Paris, 1888.

— De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau de Bandl. Expériences relatives à l'application du forceps en pareil cas. *Journal des Praticiens*, 1894, 22 août et 6 octobre.

— Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 1900.

— Obstétrique, septembre 1905.

DOLÉRIS. — De la version podalique partielle par manœuvres internes. Paris, Davy, 1885.

DEVAUX (P.). — Des difficultés qui peuvent se rencontrer lorsqu'on pratique la version pelvienne; quels sont les moyens d'y remédier. Paris, 1839.

GUMEZ (P.). — Contribution à l'étude des complications et des difficultés de la version podalique par manœuvres internes. Paris, 1879.

GUÉRIN-VALMALE. — Des difficultés de la version podalique. Thèse de Montpellier, 1897.

HAMON DE FRESNAY. — Considérations pratiques sur l'extraction de la tête dernière. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1891.

- HARRIS. — *Americ Journal of Obst.*, janvier 1894.
- HERRGOTT. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*
- JOULIN. — *Traité complet d'accouchements.*
- LA CHAPELLE (M<sup>me</sup>). — *Pratique des accouchements*, 1825.
- LAS KINE. — *Thèse*, 1889-1890. Paris.
- LECONTE. — *Contribution à l'étude de la version par manœuvres internes.* Thèse, Paris, 1904.
- LEROUX. — *Obs. sur les pertes de sang des femmes en couches.* Dijon, 1776.
- LOVIOT. — *De la version dite brusquée.* Obst. et gyn. de Paris, 1888.
- MARKOWITCH. — *De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction.* Thèse de Paris, 1897.
- MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées.*
- MAYGRIER. — *Dictionnaire de Dechambre.*  
— *Leçons de clinique médicale.* Paris, 1893.
- NOACK. — *Du relèvement des bras dans l'extraction des pieds; son traitement; abaissement du bras antérieur par manœuvres externes.* Th. de Lyon, 1897.
- NOEGLE et GRENSER. — *Traité pratique de l'art des accouchements.*
- PENARD. — *De l'amputation du bras procidant dans le but de faciliter la version.* Ann. de Gyn., Paris, 1879.
- PERRET. — *Société d'Obstétrique.* Paris, 18 janvier 1900.
- PINARD. — *Des contre-indications de la version.*
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique.*
- TARNIER et BUDIN. — *Traité des accouchements.*

TREUB. — Soc. obst. de France, 1898.

VASSOR (P.). — Thèse, Paris, 1901-1902.

VEIT. — Société d'Obstétrique de Paris, 21 déc. 1899.

WAYNBAUM. — Thèse de Paris, 1888.

ZUÈDE. — Version pratiquée dans un utérus tétanisé. Soc.  
chir., 1878; Ann. gyn., t. X, 1878.